

● ● ● Årlig melding 2016



Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst



Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst (RSA) har produsert Årlig melding siden 2006, med resultat-dokumentasjon fra foregående år, samt virkemidler for måloppnåelse i inneværende år. Strategi for 2017 er å gjennomføre en kapasitetsutvidelse i Granlibygget med nye langtidsplasser. Det skal også etableres en adgangskontroll for besøkende og et aktivitetssenter for pasienter og observander som er innlagt i RSA. Det er et strategisk mål for RSA å realisere et nybygg i nær fremtid. Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst har valgt å beholde forkortelsen RSA (Regional sikkerhetsavdeling) da denne er godt kjent i forvaltningen og blant øvrige samarbeidspartnere.





Om Regional sikkerhetsseksjon (RSA)

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

Regional sikkerhetsseksjon skal ha høy faglig standard i utredning og behandling av pasienter, og være et attraktivt og sikkert arbeidssted for medarbeidere. Kvalitet, kunnskap, respekt og samarbeid er verdigrunnet i Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst.

Organisering

Regional sikkerhetsseksjon (RSA) er en del av Oslo universitetssykehus HF som skal tilby lokalsykehustjenester til innbyggere i Oslo, samt høyspesialiserte tjenester til hele regionen og landet for øvrig. Regional sikkerhetsseksjon er organisert under Klinikken psykisk helse og avhengighet og Avdeling for nasjonale og regionale funksjoner. Regional sikkerhetsseksjon har 6 organisatoriske enheter.

Regional sikkerhetsseksjon har enhetlig ledelse, og ledes av ledergruppen bestående av seksjonsleder og enhetsledere. Seksjonsleder har det strategiske, administrative, faglige og økonomiske ansvar og myndighet innenfor de fullmakter som er gitt av Administrerende direktør, klinikkleder og avdelingsleder. Tilsvarende helhetlige ansvar og myndighet i enhetene gjelder for enhetslederne.

Enhetene, med unntak av Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, har egne ledergrupper og medisinskfaglige rådgivere.

Kapasitetsutvidelse RSA

I 2012 gjennomførte Helse Sør-Øst en statusgjennomgang av kapasitet, ventetid og pasientflyt innen sikkerhetspsykiatrien. Det ble avdekket et behov for 5 – 10 langtidsplasser på regionalt nivå for å løse utfordringer knyttet til pasientgruppen med høy grad av farlighet og mer kronifiserte sykdomstilstander. Helse Sør-Øst forespurte OUS om muligheten til en kapasitetsutvidelse av RSA i nåværende bygningsstruktur på Dikemark.

Figur 1 - Organisasjonskart pr. 01.03.2017 for Regional sikkerhetsseksjon.





En lokal arbeidsgruppe utredet og anbefalte en utvidelse fra 20 til 25 plasser fordelt på de tre kliniske enhetene i Granlibygget. Dette ville innebære en utvidelse med til sammen 5 langtidsplasser fordelt på de tre kliniske døgnenhetene. (2 langtidsplasser ble etablert i 2014).

Administrerende direktør ved Ous vedtok i sitt ledermøte den 24.03.15 å igangsette et forprosjekt for å beregne kostnader og tekniske løsninger forbundet med en kapasitetsutvidelse av antall sengeplasser ved RSA i nåværende bygningsmasse på Dikemark.

Forprosjektet beregnet de totale kostnadene til kr. 47 360 000,- alternativt kr. 34 791 000,- hvis vi valgte en løsning med å leie et modulbygg til kontorer. Det ble tidlig klart at dette var en for høy kostnad sett i relasjon til at RSA skal bygge et nybygg i nær fremtid. Det ble derfor enighet om å velge en nedskalert løsning som innebærer at det kun etableres to nye langtidsplasser i denne omgangen.

Beslutningsvedtaket fra direktørens ledermøte i desember 2015:

«Ledermøtet ber OSS starte detaljprosjektering og gjennomføring av den reduserte løsningen på RSA. Gjennomføringen gjøres i samarbeid med lokal ledelse da dette er svært viktig mht sikkerhet for personalet, pasienter og entreprenører. Parallelt bes OSS utrede opprinnelig forprosjekt videre slik at dette er mest mulig klart hvis det viser seg at videreføring av idéfase RSA til nybygg tar lenger tid enn forventet. Tiltaket finansieres av omstillingsmidler oppad til 10 mill NOK.»

Dette innebar en ombygging til en kapasitetsutvidelse med 2 nye langtidsplasser og en total kapasitet på 22 plasser.

RSA vil med nye etablerte langtidsplasser endre aktivitetstilbudet til inneliggende pasienter. Ombyggingen vil innebære tilpasninger til dette nye tilbudet, som treningskjøkken, aktivitetssenter og rømningsikker utendørs aktivitetsgård.

Denne ombyggingen vil ferdigstilles våren 2017.

Det er bevilget ca. 15 MNOK i økte driftsmidler for å finansiere kapasitetsutvidelsen. Ledergruppen har i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i RSA, beregnet hvilke stillinger det vil være behov for. Det skal i løpet av 2017 opprettes til sammen 18 nye årsverk i RSA.

Nattelåsing pasientrom

I Rundskriv I-4/2013 av 9.9.2013 fra Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) redegjøres det for endringer i psykisk helsevernlo-

ven vedrørende adgang til å låse pasientrom. Hensikten med nattelåsing er å forebygge vold mot medpasienter og personal (jf psykisk helsevernloven § 4A-6a). RSA sendte søknad til HOD den 16.10.15 og fikk midlertidig godkjenning for tiltaket. Det vil bli etablert to pasientrom som tilfredsstillende de tekniske kravene til innlåsing på natt i tidsrommet 23.00 til 06.00. Tillatelsen er tidsbegrenset til ett år og skal evalueres. Da det har tatt tid å få ferdig de tekniske installasjonene har RSA søkt om fornyet godkjenning. Fornytt tillatelse er gitt til 1.mars 2018.

Søknad om etablering av enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå jf. Kap 4A

RSA, har sendt søknad til departementet om etablering av enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå jf. PHL § 4A-2. Videre saksgang av denne søknaden vil bli avklart i forbindelse med prosjektering av nytt bygg for Regional sikkerhetsseksjon. Forprosjektet vil bli ferdigstilt frem til styrebehandling i Helse Sør-Øst i juni 2017.

Menneskelige ressurser

Regional sikkerhetsseksjon har budsjettet med om lag 142 årsverk, fordelt på sykepleiere med og uten videreutdanning, hjelpepleiere med og uten videreutdanning, behandlergruppe bestående av overleger, lege i spesialisering, psykologer / psykologspesialister, ledelse, stab og støttfunksjoner, samt andre pasientrettede stillinger.

Utstyr og eiendeler

Regional sikkerhetsseksjon sine kliniske enheter på Dikemark i Asker disponerer 3935 m² i Granlibygget, som ble bygget i 1923. I tillegg kommer luftegård med sluser, aktivitetshall med gymsal, trimrom og garderober, en etasje med behandlerkontorer, samt perimetersikkerhet i form av kjøre- og gangport og et grensemarkerende gjerde rundt hele bygningsstrukturen. Seksjonens polikliniske enhet er lokalisert i Oslo Fengsel og disponerer om lag et 250 m² stort kontorlokale, samt 3 kontorer for Prejudisiell enhet i Sentralarresten i politihuset i Oslo.

Pasientbehandling

Døgnbehandling på Dikemark

Regional sikkerhetsseksjon har tre enheter som tilbyr døgnbehandling; intensivpsykiatrisk døgnenhet, sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet og rettspsykiatrisk døgnenhet. Disse er lokalisert i Granli-bygget på Dikemark i Asker. Enhetene har, etter en utvidelse med to langtidsplasser i 2014, til sammen 20 behandlingsplasser



ser, hvorav to er beredskaps plasser for raske inntak som ikke kan innlegges på ordinære akuttavdelinger i opptaksområdet.

Målgruppe døgnplasser

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

Henvising til innleggelse i døgnplasser

Regional sikkerhetsseksjon mottar henvising fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten for pasienter som har fått innfridd sin rett til helsehjelp, men med behov for utredning og behandling på regional nivå. Seksjonen mottar også hasteinnleggelse for målgruppepasienter.

Inntaksansvarlig overlege og inntaksteamet vurderer henvisinger fortløpende. For ventelistepasienter setter seksjonen en forsvarelsdato som siste frist for innleggelse. Henvisingene vurderes i hht pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, prioriteringsveilederen, regionale instruksjoner og seksjonens målgruppebeskrivelse. Dette skjer i ukentlige møter i døgnnettet. Henvisingen som er akseptert til innleggelse går til fordeling og planlegging av mottak i det ukentlige inntaks-/forløpsmøtet. Henvissende instans får deretter både telefonisk og skriftlig svar. Avslåtte henvisinger svares med begrunnet avslagsbrev og informasjon om klagerett.

Behandling i sengepostene

Døgnnettet har et eget mottaksteam som organiserer og har ansvar for alle mottak. Mottaksteamet planlegger innleggelse og gjennomfører et forvernsbesøk. Hensikten med forvernsbesøket er at pasienten skal motta nødvendig informasjon og få avklaring mht sine forventninger, noe som sikrer en forsvarlig og god innleggelse. Alle pasienter mottas i seksjonens separate mottaksenheter av erfarne spesialsykepleiere og behandler. Representanter fra teamet og ett personale fra pasientens primærgruppe er til stede under mottaket. Minst ett personale som deltok på forvernet skal også være tilstede under mottaket, slik at relasjonsbyggingen kommer til nytte i selve mottaket. Den faglig ansvarlige gjør spesialistvurdering innen 24 timer ved etablering av tvungent

psykisk helsevern, eller senest innen en uke dersom det tvungne vernet allerede er etablert.

Innleggelse fra andre psykiatriske institusjoner skjer som regel etter § 4-10 i psykisk helsevernloven. Klagerettigheter ivaretas, og klagesaker skal være avsluttet før inntak i seksjonen, med mindre overføringen må gjennomføres uten opphold. Både etablering av tvunget psykisk helsevern og andre typer vedtak utløser klagerett til kontrollkommissjonen eller fylkeslegen, noe pasientene informeres om og får assistanse til å benytte. Kontrollkommissjonen besøker seksjonen to ganger i måneden, og har månedlige møter med de faglig ansvarlige. I den første tiden av innleggelsen gjennomføres døgnobservasjon og utredning av psykiske symptomer og sykdommer, samt at somatisk helse kartlegges. Sentralt i behandlingen er utredning, vurdering, diagnostikk, behandling, voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering samt stabilisering av psykisk tilstand.

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

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

Judisiell døgnobservasjon jamfør straffeprosessloven § 167

Regional sikkerhetsseksjon tilbyr å gjennomføre judisielle døgnobservasjoner, jf. straffeprosessloven § 167. Døgnobservasjonene gjennomføres i samråd med de rettsoppnevnte sakkyndige etter bestilling fra domstolen, som regel ved tingretten. Judisielle døgnobservasjoner gjennomføres dersom det vurderes nødvendig for å bedømme den siktedes sinnstilstand under innleggelse. Målsetningen med en judisiell døgnobservasjon er å få frem tilstrekkelig informasjon om observandens atferd, fungering, symptomer og helsetilstand slik at det er mulig for de rettsoppnevnte sakkyndige å konkludere om det foreligger en psykiatrisk til-



stand/diagnose. Dette for at de sakkyndige kan gi en god psykiatrisk vurdering til rettsvesenet.

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

Det forventes at domstolene i større grad enn tidligere kommer til å be om § 167 judisiell døgnobservasjon. De tre regionale sikkerhetsavdelingene har samarbeidet om felles arbeidsmetoder for hvordan judisielle døgnobservasjoner skal gjennomføres.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk

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

Oslo fengsel er Norges største og har 420 sonings- og varetektsplasser. Varetektsandelen er 2/3 (økende). I løpet av 2016 var det til sammen 1.353 innsettelse i Oslo fengsel. Bredtveit er det fengselet som har flest soningsplasser for kvinner i Norge. Det er til sammen 58 sonings-, forvarings- og varetektsplasser. I 2016 var det til sammen 177 innsettelse ved Bredtveit fengsel. Sentralarresten i Oslo politidistrikt har 100 plasser, i 2016 var det 9234 innsettelse. Ungdomsenhet Øst har fire plasser. I 2016 var det til sammen 8 innsettelse, mens 6 unge under 18 år var plassert i andre fengsler i Helse Sør-Øst (Larvik og Ullersmo fengsler) og mottok utredning/behandling der.

Målgruppe poliklinikk

Målgruppen for FPP er innsatte i arrest og fengsler med psykiske lidelser av en alvorlighetsgrad som gir rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i hht pasientrettighetsloven § 2-1b, eller tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold i hht psykisk helsevernloven § 3.3.

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

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

Henvisninger og konsultasjoner

I 2006 hadde FPP totalt 1438 registrerte konsultasjoner. FPP hadde til sammen 307 behandlingsforløp hvilket er en økning på 21 fra 2015. Poliklinikken mottok 267 nye henvisninger, hvorav 12 henvisninger ble vurdert uten rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det ble videreført 52 behandlingsforløp fra 2015 til 2016. Poliklinikken mottok 34 henvisninger fra sentralarresten. Fra Bredtveit fengsel mottok vi 25 henvisninger, fra Oslo fengsel 208. Av henvisningene i 2016 var 71 øyeblikkelig hjelp-henvisninger. Poliklinikken foretok i alt 36 innleggelse i psykiatrisk avdeling. Utviklingen de siste årene har gått i retning av mer akutt problematikk. Det er en gradvis økning i andelen øyeblikkelig hjelp henvisninger. Vi ser en gradvis økning av psykoseproblematikk (55 med psykoselidelse i 2016), flere innleggelse og flere innsatte med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (i alt 8 i 2016). Noe av dette kan forklares ved flere henvendelse fra arrest, men andelen psykoselidelse blant varetektsinnsatte i både Oslo og Bredtveit fengsler er, i følge vår statistikk, også økende. Disse sakene er meget komplekse å håndtere da de i tillegg til psykisk helsevern oppfølgingen også er en utfordring for kriminalomsorg og påtalemyndighet. FPP må bistå i alle de prosessene som pasienten er involvert i, samarbeide med, veilede og gi råd til instanser både innen helse- og justissektoren.

Unge innsatte under 18 år

FPP har et utvidet tilbud til barn/innsatte under 18 år, og mottar øremerkede midler tilsvarende 1 stilling for psykolog/psykologspesialist. I 2016 ble det opprettet en ungdomsenhet under kriminalomsorgen på Eidsvoll. Oppgavene er utredning, behandling og voldsrisikovurdering, veiledning av personale knyttet til ungdomstilbudet samt psykologfaglig rådgivning til leder for ungdomsenheten / fengselsinspektør. Unge under 18 år som innsettes i andre fengsler i Helse Sør-Øst følges også opp av FPP der de er innsatt.

Samtlige ungdommer ved Ungdomsenhet Øst ses til av psykolog fra FPP innen en uke etter innsettelse. Dersom ungdommen er under 16 år innhentes samtykke til å motta helsehjelp fra verge. Ungdommen tilbys frivillig psykisk helsevern i hht §2.1 psykisk helsevernloven. Ved førstegangssamtale kartlegges aktuelle psykiske symptomer, rusproblematikk, kortfattet bakgrunnshistorikk/ sykehistorie, samt sosial nettverk (familie/ venner). Det gjøres også en suicidrisikovurdering. Videre innhentes samtykke



til å kontakte aktuell barnevernstjeneste for innhenting av komparentopplysninger. Det er også ønskelig å innhente samtykke til å kontakte foresatte. Dersom ungdommen nekter dette vil man forsøke å motivere ungdommen for samtykke senere.

Ved samtaleterapi følges Helsedirektoratets retningslinjer om å anvende evidensbaserte tilnærminger. Hvilken tilnærming vurderes ut i fra aktuell problemstilling. Ved enkel medikamentell behandling samarbeider vi med lege ved Helsetjenesten. Ved mer komplekse psykiatriske problemstillinger hva gjelder medikasjon vil psykiater ved FPP konsulteres.

Det tverrfaglige samarbeidet med tverrfaglig team og personalet ved Ungdomsenhet Øst innebærer å veilede/ gi råd om anbefalte arbeidsmetoder for aktuelle problemstillinger. Hovedgruppen av ungdommer ved Ungdomsenheten fyller kriteriene for Atferdsforstyrrelse i hht det diagnostiske klassifikasjonssystemet ICD-10. Problematikken hos ungdommene knyttes ofte til hvordan de oppfatter og fortolker verden samt agerer på dette. Rus, lovbrudd, aggresjon og fysisk utagering er gjentakende problemstillinger. Ett av arbeidsmålene til Ungdomsenheten er å redusere/minimere denne problematikken, samt forberede løslatelse og eventuell videre oppfølging.

Behandling av seksuallovbruddsdømte i Helse Sør-Øst - BASIS-prosjektet

I 2015 ble det startet opp et treårig prosjekt for behandling av seksuallovbruddsdømte. Prosjektet er direktefinansiert av Helse- direktoratet og er et samarbeidsprosjekt mellom Kompetanse- senteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og RSA FPP. Prosjektets formål er å øke kunnskap om seksuallovbrudds- dømte og utvikle systemiske og individualterapeutiske tiltak / metoder for forebygging av tilbakefall. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med kriminalomsorgen og er organisert med styrings- gruppe, prosjektgruppe og referansegruppe. Behandlerstillinger i prosjektet er én psykolog, én psykologspesialist og 20 % stilling for psykiater.

BASIS-prosjektet har identifisert målgruppen ved et uttrekk gjort av Kriminaldirektoratet av alle innsatte dømt for seksuallovbrudd i Kriminalomsorgsregion Sør og Øst til et gitt tidspunkt (punktprevalens). Deretter har man identifisert målgruppen ved å gå gjennom historisk informasjon om tidligere og nåværende domfellelser.

Vi har deretter vurdert opplysningene systematisk i henhold til et etablert og anerkjent risikovurderingsinstrument – STATIC-99R. De innsatte som befinner seg i STATIC-99Rs høyeste risikogrupper får tilbud om utredning og behandling i hht. metoden, «Good Lives»-modellen (GLM), som er utviklet av Tony Ward og Pamela

Yates.

Utredning og behandling startet i fire fengsler høsten 2016, og vi har begynt å få erfaring med metodene som brukes. Erfaringen så langt er at GLM synes å engasjere de innsatte, og motivere til å delta videre i behandling. Ultimo 2016 har vi 13 pasienter i behandling, og vi fortsetter rekrutteringsarbeidet. Strukturerte metoder for utredning, behandling og evaluering sikrer god dokumentasjon underveis. Gjennomføringen av prosjektet kan gi oss mer kunnskap om seksuallovbruddsdømte, samt om utfordringene med å tilby behandling til denne gruppen.

Behandling poliklinikk

Foruten en helhetlig diagnostisk utredning gir poliklinikken tilbud om psykoterapi og/eller medikamentell behandling. Ved alvorlige depressive og psykotiske tilstander, der det ikke lykkes å oppnå rask bedring av tilstanden, søker poliklinikken akutt eller planlagt innleggelse for pasienten på psykiatrisk døgnavdeling. En stor del av pasientene ved poliklinikken har sammensatt problematikk med behov for koordinerte tjenester under fengselsoppholdet, og i vurdering av behov for behandling/oppfølging etter løslatelse. Utarbeidelse av individuell plan (IP) er en viktig del av pasienttilbudet. FPP tilbyr helhetlig diagnostisk utredning og foretar en samlet vurdering av pasientens behandlingsbehov. Varetaktsinnsatte er ofte i en akutt livskrise og selvmordsrisiko er en hyppig problemstilling. Poliklinikken tilbyr akuttvurderinger av selvmordsrisiko, og gir anbefaling om forsvarlige tiltak. I tillegg forekommer rus-utløste psykosetilstander og delir i etterkant av innsettelse. Der forbrytelser er begått i psykotisk tilstand vil siktede ofte varetaktsfengsles før det blir vurdert innleggelse og / eller før rettspsykiatrisk sakkyndige oppnevnes.



Samarbeid poliklinikk

Fengselspsykiatrisk poliklinikk har ukentlige faste samarbeids- møter med fengselshelsetjenestene. Poliklinikken deltar på ukentlige møter med ledelsen i Oslo fengsel, og det er samarbeids- møter mellom ledelsen ved Bredveit fengsel, primær- helsetjenesten og FPP en gang i måneden. På tilsvarende måte er det et utvidet samarbeid med avd.3 ved Bredveit fengsel. Dette avklarer ansvars- og rollefordeling i komplekse pasientsaker, og bidrar til å opprettholde et godt samarbeid på tvers av etater. Det er et utvidet samarbeid med Oslo fengsels tilsyns-avdeling (1. avdeling) som ivaretar innsatte hvor det er mistanke om alvor- lig psykose- og/eller suicidalproblematikk. De ansatte på 1. avdeling har hospitert i Regional sikkerhetsseksjon, og FPP deltar på ukentlige møter og samarbeider tett opp mot enkeltpasienter. Det er utviklet retningslinjer som regulerer samarbeid og kommu- nikasjon om graderte tiltak, for å sikre forsvarlig oppfølging og redusere risiko for suicid og selvskading.

Diagnoser

Diagnoser i FPP fremkommer av tabell 1. Tabellen viser at pasi- entpopulasjonen i FPP fordeler seg over alle hoveddiagnosegrup- per. Andelen av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler er høy. Også andelen personlighetsforstyrrelser er høy, særlig dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det reelle tallet kan være enda høyere, ettersom ikke alle pasienter gjennomgår full utredning for denne problematikken. Tilpasningsforstyrrelse og akutt belastningslidelse forekommer antagelig hyppigere i innsattpopulasjonen enn det som fremgår av tabell 1, men behandles og håndteres trolig for en stor del av primærhelsetjenesten og kriminalomsorgen. Det samme gjelder depressive lidelser og angstlidelser i mild til moderat grad. Andelen psykoselidelser har økt gradvis de siste årene. En del av disse ble innlagt psykiatrisk døgnavdeling, enten under psykisk helsevernloven, judisiell døgnobservasjon etter straffeprosesslovens § 167 eller på dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. De siste årene har flere pasienter med psyko- selidelse hatt vedtak om tvungen psykisk helsevern uten døgn- opphold, mens de er innsatt i fengsel. En del innsatte pasienter med psykoselidelse samarbeider om utredning og medikasjon frivillig og uten innleggelse.

Andelen med psykisk utviklings-utviklingshemming er lav, sett i forhold til hva man skulle forvente i innsattpopulasjonen, hvilket kan tyde på at innsatte med denne problematikk ikke henvises i tilstrekkelig grad. Tabell nr 1 viser fordelingen av diagnoser for de pasienter ved FPP som på tidspunkt for uttrekket var utredet og diagnostisert.

Tabell 1– Diagnoser i Fengselspsykiatrisk poliklinikk 2016		
Diagnoser	Antall personer med diagnosen	% av pasientpop. med diagnosen
Organisk psyk. lidelse (F00 – F09)	1	0
Rusmiddelavhengighet/ misbruk (F10 - f19)	96	35
Rusutløst psykose (F10 – 19.4 og .5)	6	2
Psykoselidelser (F20 – F29)	44	16
Affektive psykoser (F32.3, F30.2)	5	2
Depressive lidelser (F32 – F39)	14	5
Angstlidelser (F40- F41)	5	2
Tvangslidelse (F42)	2	1
Belastningslidelse (F43)	36	13
Atferdssyndromer (F50 – F59)	1	0
Personlighetsforstyrrelse (F60 – F61)	29	9
Parafilier (F65)	1	0
Psykisk utviklingshemming (F70)	6	2
Utviklingsforstyrrelser (F80 – F89)	0	0
Hyperkinetisk lidelse (F90)	9	3
Atferdsforstyrrelse (F91)	9	3
Simulering (Z76.5, F68.1)	2	1
Andre (F99, Z00.4, Z03.2)	12	4
Sum	278	



Prejudisiell enhet

Prejudisiell enhet utarbeider i hovedsak foreløpige, rettspsykiatriske erklæringer, ihht. Straffeprosesslovens § 165, 4. ledd. Oppdragsgiver er vanligvis politidistriktene tilhørende Oslo statsadvokatembeter, men er i økende grad også retten. Erklæringer etter denne bestemmelsen gir oppdragsgiver videre anbefaling av hvorvidt det er behov for full rettspsykiatrisk undersøkelse.

I 2016 har prejudisiell enhet gjennomført 217 prejudisielle vurderinger og 5 Tilleggserklæringer på oppdrag fra påtalemyndighet eller tingretten. Disse oppdragsgiverne har i tillegg utbedt åtte vurderinger av evne til å møte i retten. På oppdrag fra Oslo tingrett har Prejudisiell enhet også gjennomført en full, judisiell observasjon i opprettholdelsessak av dom til tvungent psykisk helsevern. Kriminalomsorgsregion Øst har vært oppdragsgiver for i 3 vurderinger av soningsdyktighet der domfelte er innkalt til soning.

Prejudisiell enhet tilbyr i tillegg undervisning og veiledning til politi og påtalemyndighet.

Enheten er lokalisert i Politihuset på Grønland og består i dag av enhetsleder, administrasjonskonsulent, psykologspesialist og psykiater i 100 % stillinger. Det er i tillegg tilknyttet to psykiatere med rammeavtale, som tar enkeltoppdrag. Annet personale ved FPP bistår også med vurderinger ved behov. I 2016 ble det foretatt vurderinger av 4 psykiatere og tre psykologspesialister. Prejudisiell enhet mottok 334 saker til prejudisielle observasjoner i 2016, en økning på 31 % sammenlignet med 2015. Antall utførte erklæringer var 270 en oppgang på 20 % sammenlignet med 2015. I samarbeid med påtalemyndigheten har det vært et målrettet arbeid for å redusere antall uteblivelser til observasjoner. Det er derfor gledelig og se en reduksjon i uteblivelser sammenlignet med fjoråret. I 2015 var andelen uteblivelser av alle oppsatte observasjoner 32%, mens det i 2016 var 22%. Ansatte ved enheten reiste i tillegg ut til samarbeidende politidistrikter og politistasjoner for undervisning og informasjon om prejudisiell enhet og hva enheten kan bistå med.

Fagråd prejudisiell enhet

Prejudisiell enhet opprettet i 2014 et fagråd bestående av ulike representanter for fagfeltet rettspsykiatri, som Oslo statsadvokatembeter, Oslo politidistrikt, Den rettsmedisinske kommisjon, Kompetansesenteret for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri, OUS, Advokatforeningen samt en representant fra psykisk helsevern. Hensikten med fagrådet er å drøfte ulike problemstillinger og utfordringer knyttet til prejudisielle vurderinger slik at prejudisiell enhet kan imøtekomme påtalemyndigheten best mulig, samtidig med den sakkyndiges autonomi og kvaliteten på vurderingen ivaretas. Fagrådet gjennomførte to dagsseminarer i

2016, der relevante problemstillinger og utfordringer ble drøftet.

Nasjonale koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern

Nasjonale koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern (heretter Nasjonal koordineringsenhet) sin drift er hjemlet i psykisk helsevernloven § 5-2a. Nasjonal koordineringsenhet er organisert under Oslo universitetssykehus HF, Regional sikkerhetsseksjon.

Retningslinjen

Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på over til tvungent psykisk helsevern ble sist revidert i august 2016.

Nettside

Koordineringsenhetens nettside inneholder informasjon om særreaksjonen, lovverk og generelt om gjennomføring av dom, samt redegjørelser rundt ulike problemstillinger.

Her finnes også siste versjon av retningslinjen som utfyller lovverket som regulerer etablering og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, samt mal for utarbeidelse av statusrapporter.

For utfyllende informasjon se Nasjonal koordineringsenhets hjemmeside: www.nasjonalkoordineringsenhet.no

Fagråd

Nasjonale koordineringsenhet har etablert et fagråd bestående av representanter fra Oslo statsadvokatembeter, Trøndelag statsadvokatembeter, Oslo politidistrikt, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst, spesialist i psykiatri fra Stavanger universitetssykehus HF og psykologspesialist fra Oslo universitetssykehus HF. Fagrådet er et rådgivende organ for Nasjonal koordineringsenhet ved juridiske og kliniske problemstillinger og utfordringer knyttet til dom til tvungent psykisk helsevern. Det ble i 2016 avholdt ett fagrådsmøte.

Status

Pr. 31.12.2016 var det 177 pasienter under aktiv gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern. Av disse var 103 innlagt med døgnopphold, 74 uten døgnopphold, mens 1 pasient er overført iht. § 5 – 6 (Overføring til anstalt under kriminalomsorgen).



Tabell 2 - Nasjonal oversikt over pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern pr. 31.12.16

Regionalt helseforetak	Antall nye domfelte i 2016	Aktive domfelte totalt	Med døgnopphold	Uten døgnopphold	Antall opphør	Antall innbyggere i opptaksområdet**
Helse Nord	0	12	11	1	0	484 114
Helse Midt-Norge	3	17	23	5	1	720 931
Helse Vest	3	33*	23*	10	2	1 102 694
Helse Sør-Øst	13	115	57	58	5	2 949 614
Totalt	19	177	103	74	8	5 257 353

* 1 pasient er overført i hht. phvl. §5-6 (Overføring til anstalt under kriminalomsorgen)

** Pr. 31.12.16. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Utdanning av helsepersonell

Sykepleiestudenter

Regional sikkerhetsseksjon tar imot bachelorstudenter i sykepleie i hht. avtale med Høgskolen i Oslo. Praxisperioden baserer seg i hovedsak på sykepleieutdanningens aktuelle fag- og undervisningsplaner, og på seksjonens rutiner for utdanning av helsepersonell. Oppfølging og veiledning av studenter foregår etter "1:1 modellen" som innebærer at studentene har samme praksisveileder i hele perioden, samt er tilknyttet samme enhet i denne tiden. Studentene deltar i seksjonens daglige drift og utfordres i forhold til å oppsøke læresituasjoner, utøve sykepleie og reflektere rundt egen funksjon, både faglig og personlig. Studentene har lesetilgang til sykehusets dokumentasjonssystem, tilbud om deltagelse på seksjonens interne undervisning og tilbud om undervisning på deres initiativ tilpasset eget behov. Tilsvarende opplegg finnes for vernepleiestudenter. Regional sikkerhetsseksjon tar, etter forespørsel, også imot studenter fra videreutdanning i psykisk helsearbeid, både for treårig høyskolestudenter og fra helse- og sosialfagsutdanning.

Oppfølging og veiledning skjer etter samme modell som beskrevet over.

Medisin- og psykologistudenter

Det er inngått avtale med Medisinsk fakultet på Universitetet i Oslo om såkalte basisgrupper for medisinstudenter, i alt 16 pr. år. Disse gruppene er klinikker hvor medisinstudenter øver på kliniske ferdigheter og diagnostikk under supervisjon av professorer og klinikere. I tillegg er det inngått avtale med Psykologisk institutt om hovedpraksisstudent i psykologi hvert semester.

Politistudenter

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

Lege i spesialisering (LIS)

Regional sikkerhetsseksjon har én hjemmel for lege som er i spesialisering for spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. LIS-legen har arbeidssted i Intensivpsykiatrisk døgnenhet og betjener seksjonens øvrige enheter ved behov. Legen inngår i forvaktslaget på Dikemark.



Legen mottar fast og løpende veiledning fra spesialist i psykiatri i Regional sikkerhetsseksjon og deltar i klinikkens obligatoriske LIS-undervisning og eventuelt psykoterapiveiledning.

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

Hospitering

Regional sikkerhetsseksjon får forespørsler om personalutveksling og hospitering fra andre institusjoner, som fengsler og lokale sikkerhetsavdelinger samt fra studenter i helsefag. Slike forespørsler tilstreber seksjonen å imøtekomme.

Forskning og fagutvikling

Regional sikkerhetsseksjon ønsker å bidra til å øke, ta i bruk og videreformidle ny kunnskap som kan gi bedre tilbud innen rettspsykiatri, som er sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatrisk sakkyndighet. Seksjonen arbeider videre med fagutviklingsarbeid angående juridiske døgnobservasjoner jf § 167 i straffeprosessloven og prejudisielle observasjoner for rettsvesenet. Dette arbeidet inngår i rettspsykiatrisk sakkyndighet. Regional sikkerhetsseksjon har opparbeidet et godt klinisk fagmiljø innenfor disse fagfelt. I tillegg har det på Regional sikkerhetsseksjon vært arbeidet kontinuerlig med å videreutvikle og forbedre klinisk praksis i flere områder rundt utredning og behandling av pasientene i sengepostene og poliklinikken.

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

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

Det er et mål at seksjonen skal kunne produsere artikler på grunnlag av egen praksis, og flere artikler er under produksjon. Fremtidig deltagelse i samarbeid rundt forskningsprosjekter er også et mål. Forskningskoordinator har dessuten en rådgivende funksjon i seksjonsleders stab. I samarbeid med forskningsleder

ved sykehusets regionale forskningsstøttefunksjon arbeides det med forberedelser til PhD studier.

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

Regional sikkerhetsseksjon har, sammen med Kompetansesenteret (KPS), etablert årlige møter, såkalt Regional forum, for sikkerhetspsykiatrien i Helse Sør-Øst. Disse møtene er tiltenkt for faglig ansvarlige for vedtak og ledere på sikkerhetsavdelinger i Helse Sør-Øst for å drøfte aktuelle faglige tema som berører sikkerhetspsykiatrien i Helse Sør-Øst.

Opplæring av pasienter og pårørende

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

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

Barn som pårørende

Regional sikkerhetsseksjon har jf. helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven barneansvarlig personell. Disse er organisert som en barneansvarlig gruppe bestående behandler, en sykepleier, en hjelpepleier, en sosionom, og en representant fra FPP. Barn av innlagte pasienter skal tilbys samtaler med personell fra Regional sikkerhetsseksjon. Samtalene skal bare tilbys og gjennomføres så sant dette er til barnets beste. Samtalene foregår på egnede besøksrom med barneansvarlig personell.

Det har over tid vist seg at det er sjelden at pasienter som er innlagt på RSA har ansvaret for barn. I 2016 er det ikke registrert noen tilfeller hvor det har vært behov for å ivareta pasienters



barn, utover å tilrettelegge for besøk mellom pasient og barn i slektskap med pasient.

Resultater 2016

Budsjett og resultat 2016

Seksjonsleder med sin ledergruppe er enig med tillitsvalgte og vernetjeneste å gjennomføre en åpen og inkluderende budsjett-prosess så tidlig som mulig.

Det tildelte budsjettet for 2016 hadde en ramme på 141 865 000 (inkludert øremerkede midler til drift av Nasjonal koordinerings-enhet for dom til tvungent psykisk helsevern)

Regional sikkerhetsseksjon har budsjettet med 141,7 årsverk, fordelt på sykepleiere med og uten videreutdanning, hjelpepleiere med og uten videreutdanning, behandlergruppe bestående av overleger, lege i spesialisering, psykologer / psyko-logspesialister, ledelse, stab og støttefunksjoner, andre pasient-rettede stillinger. Resultatet viste et merforbruk på 3 358 000. Dette skyldes i hovedsak variable kostnader knyttet til overtid og ekstrahjelp.

Sykefravær

Målet for 2016 var å ha et sykefravær på under 10 %. Resultatet var at Regional sikkerhetsseksjon hadde et snitt på 11,2 %. Av dette var 5,54 % korttidsfravær (under 16 dager) og 5,62 % langtidsfravær (over 16 dager). En av årsakene til at avdelingen har et jevnt høyt sykefravær er at medarbeiderne blir utsatt for store belastninger på jobb. I tillegg til vanlig kortvarig sykdom skyldes korttidsfraværet bl.a. skader personalet får i utageringssituasjoner med pasienter. Seksjonen har et høyt fokus på å redusere sykefraværet.

Variable kostnader

Regional sikkerhetsseksjon jobber kontinuerlig med å redusere kostnader, spesielt knyttet til ekstravakter og overtid. Ett av virkemidlene for å redusere bruken av overtid har bl.a. vært ansettelser i helgestillinger. Døgnetenhetene benytter overtid i for stor grad for å bemanne sin virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og personell for å sikre forsvarlig drift. Seksjonen brukte 18.518 timer overtid i 2016, et snitt på ca 1476 timer per måned. Årsaker til bruk av overtid er blant annet krav om høy tilgjengelighet, behov for høy dynamisk sikkerhet og faglig kompetanse.

Tilsyn med arbeidstid

Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn med arbeidstid ved Oslo universitetssykehus HF i 2011 og 2012.

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

- Postsekretærene holder manuell oversikt og kontroll inntil det foreligger rapporteringssystem i GAT.
- Seksjonen utarbeider veileder for ansvarsvaktene med oversikt over hva som utløser AML-brudd da mange kun benytter skjema "endringer i vaktbok" ved innleie.
- Forhandle dispensasjoner med TV for 8 timers hviletid.
- Administrativt forum hvor ledelsen og postsekretærer rapporterer og gjennomgår brudd for siste 14 dager.
- Fjerner de som generer brudd i ønskevaktbok, og noterer tidspunkt for når den ansatte kan jobbe.
- Ukentlig gjennomgang enhetsleder/postsekretær av vaktbok for foregående og kommende uke.
- Ukentlige samarbeidsmøter mellom postsekretærene, hvor overskudd fordeles mellom enhetene og samarbeid om innleie.

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

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

Videreføringsproblematikk

Helsetjenesten er ved lov pålagt å drive forsvarlig og overholde lov, forskrift og instruks slik at den enkelte pasient og/eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Regional



sikkerhetsseksjon har i 2016 heller ikke vært fullt i stand til å oppfylle Helse Sør-Øst sine regionale instruksjoner for videreføring av pasienter.

Årsaken til dette er at de pasientene dette dreier seg om er særlig vanskelige og/eller ressurskrevende og/eller de har høy voldsproblematikk og skader personell.

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

Døgnbehandling

Aktivitet

I 2016 mottok Regional sikkerhetsseksjon totalt 18 henvisninger angående pasienter som ble henvist til innleggelse i sengepostene på Dikemark. Av disse ble 8 henvisninger vurdert å oppfylle målgruppebeskrivelsens betingelser og ble akseptert til innleggelse (44 %). For to pasienter som var henviste fra lokale sikkerhetsseksjoner ble det vurdert mer aktuelt med annen type faglig samarbeid rundt pasientene. Dette førte til at innleggelse på regionalt nivå ikke ble gjennomført.

I 2016 mottok Regional sikkerhetsseksjon 8 henvendelser til judisielle observasjoner. Kun en av disse ble mottatt grunnet problemer med kapasitet året 2016. I alt ble det gjennomført tre judisielle døgnobservasjoner i 2016. To av observasjonene ble godkjent for mottak i 2015, men mottatt i 2016.

For pasienter som ble henvist til innleggelse var gjennomsnittlig ventetid for innleggelse 28 dager (spredning 0 - 99 dager). For mottatt observand som ble henvist til innleggelse i 2016 var ventetiden 30 dager.

I 2016 ble det mottatt 7 pasienter til innleggelse og 3 observander. Grunnen til at det var uvanlig få innleggelse var at siste tre månedene av året var det inntaksstopp grunnet omfattende ombygging av lokalene som sengepostene på RSA befinner seg i (Granli bygget på Dikemark). Det ble da sendt ut brev til alle lokale helseforetak om situasjonen for å forklare dette. En pasient på ventelisten ble sendt til Regional sikkerhetsseksjon Brøset for innleggelse som dog ikke var mulig å få til før etter årsskifte 2016-2017 selv om forberedelser for innleggelsen ble avsluttet i 2016.

Lovhjemlene for innleggelse av personer innlagt på RSA i 2016 var følgende: To personer ble tatt imot til tvungen observasjon (phvl § 3-2), fire til tvungent psykisk helsevern (phvl § 3-3) og en av de innlagte hadde dom til tvungent psykisk helsevern (phvl kapittel 5). En av innleggelsene i 2016 ble gjennomført som hestetemottak. Tre observander ble tatt inn til judisiell døgnobservasjon jf. straffeprosessloven § 167. Pasientene som ble innlagt kom i to tilfeller direkte fra fengsel og i fem tilfeller fra psykiatrien. De som ble innlagt fra psykiatriske avdelinger hadde alle overføringsvedtak (phvl § 4-10). Observandene kom alle fra varetekt i fengsel.

De 13 pasientene som ble utskrevet i 2016 hadde gjennomsnittlig liggetid på 519 dager (spredning fra 8 – 3627 dager). Gjennomsnittlig liggetid for utskrevne trekkes betydelig opp grunnet utskrivning av en langligger på Regional sikkerhetsseksjon i 2016. Gjennomsnittet for de andre utskrevne pasientene var 174 dager. Observandene som var innlagt og utskrevet i 2016 hadde gjennomsnittlig liggetid på 31 dag (spredning fra 26 – 42 dager).

Ved å se på pasienter som var innlagt i årsskifte 2016-2017 danner det seg et annet bilde av aktiviteten siden Regional sikkerhetsseksjon har flere innlagte pasienter som har hatt lang liggetid. De som har vært langvarig innlagt har alle vært innlagt tidligere på RSA og noen har også hatt langvarige tidligere innleggelse hos oss. Gjennomsnittlig liggetid hos pasientene som var innlagt i årsskifte var 1147 dager. Spredningen av liggetid ved årsskifte var 209 - 2264 dager. Denne lange liggetiden skyldes pasienter med alvorlige psykiske problemer og stor risiko for voldelig atferd. Det har vært svært vanskelig å få disse pasientene videreført til andre behandlingstiltak, grunnet pasientenes sykdomsbilde, risiko for voldelig atferd hos pasientene og grunnet manglende tilrettelegging hos de respektive helseforetakene.

Pleiekategorien for innlagte pasienter på Regional sikkerhetsseksjon har igjennom året 2016 vært høy. Flere av de som har vært innlagt lengre enn ett år har hatt pleiekategorier igjennom hele året som har ligget på 6-7. Dette samsvarer med ressursbehovet og kompetansebehovet til pasienter innlagt i intensive somatiske avdelinger. I tillegg har noen pasienter som har vært kortvarig innlagte (under halvt år) også hatt så høye pleiekategorier over lengre perioder under innleggelsen på seksjonen.

Av 13 personer som ble utskrevet fra RSA i 2016 ble 5 utskrevet til fengsel (inkludert alle 3 observandene) og 8 til psykiatriske avdelinger der av 7 til lokale sikkerhetsavdelinger i Helse Sør-Øst. I tabell 1 kommer det frem hvilke helseforetak innlagte og utskrevne pasienter og observander i 2016 tilhørte.



Demografi

Kjønn og alder

Innlagte og utskrevne personer i 2016 var menn med kun to unntak. Gjennomsnittlig alder av pasienter innlagte pasienter i 2016 var 34,5 år (spredning: 17 - 56 år).

Av 7 pasienter som ble innlagt i 2016 kom to direkte fra fengsel og 5 fra psykiatriske sengeavdelinger. Alle som ble innlagt fra fengsel hadde hatt kontakt med psykiatriske poliklinikker og sengeavdelinger før innleggelsen.

Gjennomsnittlig alder hos de 3 observandene var 43 år (spredning fra 25 - 53 år).

Etnisitet

Av de 7 pasientene som ble innlagt i 2016 og de 12 som fortsatt var innlagt den 31.12.2016 var 8 pasienter etnisk norske (42 %) og 12 hadde en utenlandsk bakgrunn (58 %). Av 3 observander hadde en utenlandsk bakgrunn (33 %). Utenlandsk bakgrunn defineres her som personer født utenfor Norge og/eller hvor ingen av foreldrene var norske statsborgere ved pasientens fødsel.

Diagnoser

Diagnoser fremkommer av tabell 4. Hos pasienter som legges inn i Regional sikkerhetsseksjon er det til dels mye samsykelighet (komorbiditet). Samsykeligheten omhandler både psykiatriske sykdommer og somatiske sykdommer. I tillegg kan det presiseres at voldelig atferd ikke har en spesifikk diagnose til tross for at dette er et felles problemområde for alle innlagte på seksjonen. Det jobbes kontinuerlig med voldelig atferd med det for øye å redusere slik atferd og dermed bedre pasientens fungering. Det har vært stilt gjennomsnittlig over to diagnoser per person hos de 32 pasientene og observandene som var innlagt året 2016.

Hva angår rusrelaterte diagnoser blant innlagte på seksjonen i 2016 hadde 72 % av pasientene rusrelaterte diagnoser. Hva angår lett psykisk utviklingshemming hadde en av pasientene i 2016 slik bidiagnose. I 2016 fikk 10 innlagte somatiske diagnoser (40 %). Flere pasienter hadde personlighetspatologi som fremkom i deres atferd. Likevel ble det i flere tilfeller ikke satt slik diagnose, grunnet manglende komparent informasjon, usikkerhet rundt diagnostiske kriterier, og grunnet pågående psykotiske tilstander.

Tabell 3 – Tilhørighet til personer som var innlagt og utskrevet i 2016

Ansvarlig helseforetak	Innlagt 2016	Innlagte 31.12.16*	Utskrevne 2016
Sykehuset Østfold HF	0	1	1
Akershus universitetssykehus HF	0	0	2
Oslo universitetssykehus HF	2	5	2
Lovisenberg Diagonale sykehus	4	3	3
Sykehuset Innlandet HF	0	1	0
Vestre Viken HF	2	2	2
Sykehuset Vestfold HF	0	0	0
Sykehuset Telemark HF	1	0	1
Sykehuset Sørlandet HF	1	0	2
Totalt	10	12	13

* Noen innlagte i årsskifte 2016-2017 har vært innlagt i flere år uten at årstall for innleggelsen fremkommer i tabellen.

Tabell 4 - Hoveddiagnoser Alle pasienter som var innlagt i 2016 (inkludert innlagte i årsskiftet).

Hoveddiagnoser	Antall personer
F20. – Schizofreni	16
F22. – Paranoid psykose	2
F43. Posttraumatisk stresslidelse	0
F31. – Bipolar affektiv lidelse	0
F42. – Tvangslidelser	0
F60. – Personlighetsforstyrrelser	3
F.98.- Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser	1
Z04.6 – Generell psykiatrisk undersøkelse begjært av myndighetene	3
Totalt	25



Andre behandlingmessige forhold

Det som kjennetegnet behandlingssituasjonen i seksjonen i 2016 var 6 pasienter med tunge psykiatriske problemer og omfattende voldelig atferd, og en pleiefaktor på 6-7 gjennom hele året. 6 pasienter tilsvarer 30 % av sengekapasiteten, og er en sjelden høy andel. Tre pasienter hadde behov for skjerming fra medpasienter gjennom så til hele året. I tillegg har flere andre pasienter hatt skjermingsvedtak i kortere eller lengre perioder i løpet av året. Noen av pasientene har måttet skjermes på eget rom, da seksjonen kun har tre tilpassede skjermingsenheter. Disse skjermingsenheter har vært forbeholdt pasienter med langtidsskjerming. Det har ikke vært mulig å skjerme flere pasienter i skjermingsenheter samtidig, grunnet de problemene pasientene har. To av pasientene har brukt mekaniske tvangsmidler nesten uavbrutt gjennom hele året grunnet repeterende voldelig adferd mot personalet. Mottaksenheten har også vært brukt som egen skjermingsenhet i korte perioder i året 2016 som tidligere år.

Pasienthendelser

Pasienthendelser ved Regional sikkerhetsseksjon fremkommer av tabell 5. Det totale antall meldinger går ned, men det er noen alvorlige pasienthendelser. Betydelig skade er knyttet til økt utrednings- eller behandlingsintensitet, forlenget sykehusopphold og/eller varig funksjonstap. Moderat skade er skader som krever tiltak. Mindre alvorlig er forbigående negative helseeffekter eller skader som ikke krever omfattende behandling. Avvik uten reell konsekvens er for eksempel avvergede hendelser eller oppdagede feil - hendelser med potensiell fare for skade.

Det er betydelig asymmetri mellom informasjon om kostnader ved produksjon og informasjon om kostnader ved sikkerhet. Sikkerhet og risiko er betydelig vanskeligere å måle enn løpende driftskostnader. Det er kun etter registrering av uønskede hendelser seksjonen får full oversikt over kostnadene. Et mindre antall ansatte får mindre alvorlige til moderate skader. Regional sikkerhetsseksjon har en i særstilling høy risikoprofil for personalskader. For pasientskader er bildet nok mer lik normal risiko.

Kontrollfunksjoner

Året 2016 har to pasienter vært kontinuerlig skjermet på en egen enhet hele året og i tillegg har to pasienter hatt langvarige skjermingsperioder. I tillegg har det vært pasienter som har vært skjermet på eget rom i perioder. Det er i alt tatt 66 vedtak om

Tabell 5 – Pasienthendelser 2012, 2013, 2014, og 2015 fordelt på reell konsekvens

År	Meldt totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Unaturlig død
2012	57	30	23	3	1	0
2013	42	24	11	5	0	2
2014	38	27	6	5	0	0
2015	58	31	21	5	1	0
2016	40	19	18	2	1	0

skjerming jfr. § 4-3 i psykisk helsevernloven i seksjonen året 2016. I lengre perioder har det vært flere pasienter som har hatt skjermingsvedtak samtidig, noe som har ført til utfordringer i driften grunnet manglende antall skjermingsenheter. Skjermingsvedtakene har ikke ført til klager til kontrollkommissjonen i løpet av året.

Det er tatt 34 tvangsmedisineringsvedtak, jf. § 4-4 i psykisk helsevernloven, på seksjonen året 2016. Disse har resultert i 8 klager til fylkeslegen ved Fylkesmannen i Oslo og Akershus uten at klager har fått medhold i sin klage.

Det er truffet 88 vedtak i seksjonen om bruk av mekaniske tvangsmidler og 22 vedtak angående isolasjon jf. § 4-8a og b i psykisk helsevernloven. I tillegg har det vært tatt vedtak angående bruk av kortvarige legemidler som tvangsmiddel (3) og kortvarig fastholding (7). To pasienter har hatt langvarig bruk av tvangsmidler i løpet av året.

I tillegg er det tatt 34 vedtak om begrensinger i kontakt med omverdenen jfr § 4-5 i psykisk helsevernloven og 34 vedtak om ransaking jf. § 4A-6 i samme lov.



Medarbeidere

Kompetanseheving og utdanning

I 2016 ble det bevilget 671 000 kr. til kurs og utdanning av helsepersonell i Regional sikkerhetsseksjon. I tillegg har RSA arrangert seminarer for ansatte og samarbeidspartnere for 520 000 kr.

Kategori	Antall bevilgede søknader
Fordypning, utredning og behandling	7
Rettspsykiatri	9
Spesialistutdanning for leger / psykologer	3
Kontorfaglige kurs / konferanser	9
Helserett	1
Sikkerhetsseminaret	11
Voldsrisikovurdering / voldsrisikohåndtering	9
Diverse internasjonale konferanser	11
Lederutvikling	2
Totalt	62

Arbeidsmiljøundersøkelse

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

Oslo universitetssykehus har årlig en arbeidsmiljøundersøkelse der alle ansatte besvarer en rekke spørsmål vedrørende egen opplevelse av arbeidsmiljøet og sin nærmeste leder. Resultatet

fra undersøkelsen blir vurdert lokalt på de enkelte enhetene med de ansatte. Det er vanlig at de enhetsvise HMS-utvalgene analyserer resultatet sammen med enhetsleder og at de sammen blir enige om forbedringsområder og bevaringsområder som de skal arbeide med i en tiltaksplan.

Involvering

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

HMS-arbeid

Ansatte ved seksjonen melder avvik i sykehusets elektroniske avvikssystem Achilles.

Tabell 7 viser antall meldte avvik med alvorlighetsgrad de siste årene.

Reduksjonen fra 2012 skyldes omfattende tiltak for å redusere antall skademeldinger representert ved noen få pasienter som ble skjermet i egne enheter med forsterkede primærgrupper.

En ny økning av alvorlige skader i 2016, skyldes spesielt to særlig utagerende pasienter. De har begge blitt behandlet på egne skjermingsenheter med høy bemanning. Til tross for dette har det oppstått alvorlige skader.

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

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

År	Meldt totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade
2012	557	341	190	26	0
2013	275	151	92	29	3
2014	353	227	101	19	6
2015	409	257	120	26	6
2016	438	286	114	29	9



SIMBA — simuleringstrening i behandling av aggresjon

Undervisningsgruppen ved RSA har siden 2012 arbeidet med kontinuerlig videreutvikling av undervisning i voldsrisiko-håndtering med fokus på deltakermedvirkning. Aksjonsforskningsprosjektet som ble avsluttet i 2015, konkluderte med at personalet opplevde scenario-trening som mer virkelighetsnært og reelt enn tidligere rollespill.

Undervisning i voldsriskohåndtering for ansatte har alltid stått sentralt i RSA. Hver tirsdag er det scenariotrening og hver torsdag er det teoriundervisning for alle ansatte ved døgnetenhetene. De ansattes turnus er tilpasset slik at de får deltatt på den nødvendige undervisningen.

Den ukentlige undervisningen består først og fremst av scenario-treningen, etter SIM-Oslo modellen (www.simoslo.no). Det legges stor vekt på kommunikasjon med pasienter, oppdage forvarsler på voldsrisikoatferd, tidlig intervensjon for å unngå utagering, deeskalering ved aggressivitet, etikk og holdninger, beskyttelsesteknikk, ransaking og tvangsmiddelbruk som fysisk holding og beltelegging. Internasjonale (6 core strategies) og nasjonale prinsipper (Vivo 1-3) for voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering utgjør sentralt faglige grunnlag.

Vi er opptatt av at personalet skal få en meningsfylt og relevant opplæring i forhold til sitt kliniske arbeid med pasientene og deltakermedvirkning blir ivaretatt ved at deltakerne skriver logg etter hver undervisningsøkt. Vi får på denne måten tilbakemeldinger på hvordan deltakerne opplever det de deltar på, og vi justerer undervisningen etter personalets ønsker og behov for opplæring og trening.

Undervisningen ble styrket i 2015 ved at vi hver tirsdag har to undervisningsgrupper parallelt. Den ene gruppen fikk scenario-trening mens den andre gruppa fikk teori/refleksjon eller trening på bruk av mekaniske tvangsmidler, eller beskyttelsesteknikker.

Vi har dessuten hatt som mål at ingen undervisning skulle avlyses. Dette medførte en oppgang fra 35 undervisningstimer i 2014 til 83 undervisningstimer i 2015, og totalt 87 undervisningstimer i 2016.

Det ble utarbeidet et eget undervisningsopplegg for å styrke kvaliteten på praksis for sykepleiestudenter ved RSA gjennom et strukturert undervisningsopplegg i voldsriskovurdering og

håndtering. Studentene har fått 3 x 4 timer med en blanding av teori og praksis etter vår SIMBA-modell.

Undervisningsgruppen fikk tildelt intensivmidler fra OUS til dette prosjektet i 2015 og 2016.

SIMBA-gruppen har undervist og presentert poster rundt om i Helse Sør-Øst og ved nasjonale og internasjonale konferanser, noe som har ført til samarbeidsprosjekter i inn- ut utland.

Tabell 8 – Antall deltakere på undervisning i voldsriskohåndtering 2013, 2014, 2015 og 2016

År	Oppmøter blant fast ansatte	Oppmøter blant ekstravakter
2013	309	201
2014	470	236
2015	534	281
2016	544	311



Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst

Adresse:

Sykehusveien 18
1385 Asker

Telefon sentralbord:

66 90 87 68

E-post:

regional.sikkerhetsavdeling@ous-hf.no

Publisert: 30. juni 2017