

Innspill til innretning av sikkerhetspsykiatriske tilbud for  
barn og unge

Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern  
(KvIP) barn og unge

Oktober 2024

## Innhold

Innledning.....	3
Definisjon av målgruppen .....	4
Spørsmål 1 .....	4
Spørsmål 2 .....	6
Spørsmål 3 .....	7
Spørsmål 4 .....	8
Spørsmål 5 .....	9
Hvordan fungerer dagens arbeid med barn og unge som kan være i målgruppen? .....	10
Spørsmål 6 .....	10
Spørsmål 7 .....	11
Spørsmål 8 .....	13
Spørsmål 9 .....	14
Spørsmål 10 .....	15
Hvordan bør fremtidens sikkerhetspsykiatriske tilbud rigges? Hva er det behov for regionalt og evt. nasjonalt? .....	16
Spørsmål 11 .....	17
Spørsmål 12 .....	18
Spørsmål 13 .....	19
Spørsmål 14 .....	20
Spørsmål 15 .....	21

## Innledning

Sommeren 2024 fikk KvIP en henvendelse fra Norsk Barne- og Ungdomspsykiatrisk Forening (NBUPF) v/ Trond M. Velken (styremedlem) og Heidi Høifødt (leder) om å komme med innspill knyttet til et påbegynt arbeid med å utrede innretning av sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn og unge under 18 år. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst v/ Miriam Sandvik, som en del av helseforetakenes oppdrag om å følge opp overordnet plan for sikkerhetspsykiatri.

De påfølgende innspillene fra KvIP ble innhentet gjennom en kort undersøkelse med 15 spørsmål. Alle 17 BUP akutte enheter i KvIP-nettverket ble oppfordret til å samle en liten gruppe ansatte for å svare. Vi mottok svar fra 11 BUP akutte enheter, som samlet representerer de fire regionale helseforetakene i Norge.

Svarene ble sammenstilt av KvIP-ledelsen, og gjennomgått av Rådet til KvIP og noen oppnevnte ressurspersoner fra de enhetene som ønsket det. Innspillene er fremstilt med en kort oppsummering av hvert spørsmål, etterfulgt av enhetenes svar gjengitt i sin helhet. Der rådet og ressurspersoner hadde egne innspill, er disse inkludert. Svarene er anonymisert.

I rådet og KvIP-ledelsens gjennomgang av innspillene kan man tidvis ha fått et inntrykk av at noen enheter kan ha svart på spørsmålene med utgangspunkt i at et sikkerhetspsykiatrisk tilbud primært er et døgntilbud. Dette kan ha preget svarene på spørsmålene, og bør tas i betraktning når innspillene gjennomgås.

## Definisjon av målgruppen

### Bakgrunn:

Helse Sør-Øst har et tentativt forslag til definisjon for hvilke barn og unge som skal være målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud: "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 og unge. Ved inntaksvurderinger må det tas hensyn til at barn og unge er i utvikling, og at deres symptombilde kan være komplekst og vanskelig å tolke".

### Spørsmål 1

Hva mener dere kjennetegner de barn og unge under 18 år som bør være i målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud?

#### Oppsummering av innspillene:

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 PH, i hjemmet/tilrettelagt bolig, eller er dømt til tvungent psykisk helsevern. Flere enheter trekker frem samtidig rusproblematikk. Noen påpeker at tilstander som faller utenfor den typiske definisjonen «alvorlig psykisk lidelse», hvor barn/unge kan være til fare for andre, også bør inkluderes. Høy voldsrisiko, voldstrusler og kriminelle handlinger (som f.eks. stjeling og skadeverk) nevnes i tillegg til voldsatferd. Det er noen ulike innspill vedr. hvilken aldersgruppe av barn og unge det sikkerhetspsykiatriske tilbudet primært skal innrettes for.

#### Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:

Påvist eller mistenkt alvorlig psykisk lidelse og voldelig adferd som ikke kan ivaretas i hjemmet eller tilrettelagt bolig i regi av kommune. Pasienter som kan være farlig for andre og som ikke kan gå fritt ute i samfunnet, spesielt i de tilfeller hvor det er vedvarende problematikk. Ved kortere varighet vil utfordringene kunne løses med ordinære tiltak som f.eks. skjerming på akutenhet. I de tilfeller hvor alle andre tiltak er forsøkt og det fortsatt viser seg at det ikke er tilstrekkelig.

Den gruppen som blir dømt til tvungen psykisk helsevern i en rettsinstans. Pasienter under 15 år med alvorlig psykisk lidelse og som er til fare for samfunnet.

Barn og unge med alvorlig psykisk lidelse/mistanke om alvorlig psykisk lidelse som kan sidestilles med psykose som er til fare for andre, - barn og unge med skadelig rusbruk med voldelig adferd hvor man er til fare for andre – barn og unge med alvorlig personlighetsproblematikk og adferdsforstyrrelser hvor man er til fare for andre – utviklingsforstyrrelser hvor man er til fare for andre. Sikkerhetspsykiatriske tilbud bør komme etter at det er prøvd utredning/behandling i akuttpsykiatrisk døgnpost og/eller andre institusjoner.

Enig i foreslått definisjon, men bør det også stå noe om rus?

#### Høy voldsrisiko og psykisk lidelse

Barn/unge med mistenkt psykiatrisk lidelse, som samtidig har vedvarende voldstrusler eller vedvarende aggressiv atferd. Ofte kombinasjon med rusbruk. Falt ut av skoletilbud og andre organiserte tilbud/aktiviteter. Skadeverk, stjeling og andre lignende kriminelle handlinger

Alvorlig volds- og risikoadferd og samtidig alvorlig psykisk lidelse eller mistanke om dette.

Vi er i store trekk enig i forslaget fra Helse Sør-Øst, men kanskje "alvorlig psykisk lidelse" vil ekskludere noen barn og unge som bør være i målgruppa.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig volds og utageringsproblematikk, som ikke lar seg håndtere innenfor rammene for ordinære akutt enheter.

Alderen 15 år og eldre som har en alvorlig sinnslidelse/dom. Tilbud til unge som "sprenger" seg ut av rammene som akutt psykiatrisk kan tilby.

*Innspill fra rådet og ressurspersoner:*

Helse Sør-Øst sin definisjon av målgruppe passer for gruppen som trenger et sikkerhetspsykiatrisk døgntilbud. Det må tas høyde for at dette primært vil være en gruppe pasienter som både vil ha alvorlig voldsatferd og oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Det vil unntaksvis være pasienter som frivillig er innlagt i denne gruppen.

Under innledningen i Helsedirektoratets faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse er det gitt definisjoner på vold og alvorlig psykisk lidelse, som også kan være relevante [Innledning - Helsedirektoratet \(https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/innledning\)](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/innledning).

Det er bekymringsfullt om «farlige ungdommer» generelt blir målgruppen. Målgruppen bør inkludere barn og unge som har samtidig voldsatferd og psykisk lidelse.

## Spørsmål 2

Er det noen barn og unge under 18 år som trenger, men kan falle utenfor, det sikkerhetspsykiatriske tilbudet hvis Helse Sør-Øst sitt tentative forslag til definisjon tas i bruk? Med andre ord, er det noen barn og unge denne definisjonen bør favne, men ikke favner?

### *Oppsummering av innspillene:*

KvIP-enhetene formidler at barn og unge med tilstander som ikke defineres som «alvorlig psykisk lidelse» (f.eks. ruslidelser, utvikling- personlighet- og atferdsforstyrrelser), eller uklare/uavklarte tilstander, og samtidig voldsatferd kan falle utenfor tilbudet med gjeldende definisjon. Enhetene formidler at definisjonen også bør gjelde barn og unge som utøver alvorlig vold mot seg selv (selvskading) og skadelig seksuell atferd mot andre. En enhet trekker frem at definisjonen bør kunne brukes også for de barn og unge som ikke har begått kriminelle handlinger. To enheter svarer nei på spørsmålet.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Pasienter med ruslidelser, psykisk utviklingshemming eller autisme og samtidig alvorlig voldsadferd.  
Evt. rus og adferd

Hva med rus? Ungdommer som trenger både barnevern og psykisk helse? Hva med dyssosiale personlighetsforstyrrelser? Bør kunne brukes også for de som ikke har begått kriminelle handlinger. Hva med de under 16 år?

Barn/unge som kun utviser atferdsvansker uten noen klare symptomer på psykiatrisk lidelse, vil fort havne i en gråsoner. Hvem utreder dem med tanke på evt. underliggende vansker som ikke er synlige, men som kan ligge til grunn for den voldelige atferden?

Barn og unge med voldelig og kriminell adferd som samfunnet må vernes mot og som ikke kan ivaretas av politi eller barnevern og er henvist med mistanke om psykisk lidelse (som ikke er avklart/avkreftet). Barn og unge med psykisk lidelse som utøver skadelig seksuell atferd mot andre.  
Barn og unge med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig selvskading.

Barn/unge med utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming, tilknytningsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, alvorlige atferdsforstyrrelser, ruslidelser

Ja, barn og ungdom uten alvorlig psykisk lidelse - men som har voldsproblematikk.

Svært alvorlig selvskadingsatferd.

### *Innspill fra rådet/ressurspersoner:*

Det er viktig at definisjonen ikke blir for vid. Bekymring for at noen barn og unge vil bli definert som tilhørende målgruppen, grunnet svikt/ manglende ressurser/ kompetanse i andre systemer som burde kunne følge opp disse barn og unge selv.

### Spørsmål 3

Hva vil være viktig med hensyn til hvordan målgruppa defineres og forstås for å forebygge at barn og unge blir "kasteballer" mellom BUP akutte enheter, sikkerhetspsykiatri og barnevern?

#### *Oppsummering av innspillene:*

KVIP-enhetene formidler at tydelig avgrensning av de enkelte instansers ansvar og rammer er viktig for å forhindre at barn og unge blir «kasteballer». Involverte instanser bør ha en felles forståelse av «alvorlig voldsadferd» og «alvorlig psykisk lidelse». Noen trekker frem at inklusjonskriteriene ikke bør være for snevre, andre at vurdering av voldsadferdens alvorlighetsgrad bør være avgjørende for om noen henvises til sikkerhetspsykiatri. Betydningen av god samhandling og samarbeid trekkes frem av flere enheter. En enhet har ingen innspill.

#### *Enheteres svar på spørsmålene/ innspill:*

Voldsadferden og vurderingen av alvorlighetsgraden av denne må være avgjørende for hvorvidt pasienten skal bli henvist til sikkerhetspsykiatri. Primært bør pasientene være ferdig psykiatrisk vurdert før innleggelse i sikkerhetsenhet, men i de tilfeller hvor voldsadferden er alvorlig må vurderingen foretas på sikkerhetsenheten.

Rammene for det ordinære tjenestetilbudet må tydeliggjøres slik at vikarierende behov (i tjenestene) ikke fører til videreføring til sikkerhetspost

Felles forståelse av hva «alvorlig voldsadferd» er – bruke kjente definisjoner fra strukturerte vurderinger av voldsrisiko (HCR-20, SAVRY, SMART). Gjensidig respekt for beslutning av omsorgs/behandlingsnivå mellom tilbudene. Tydelige avgrensninger for ansvarsområdet for de enkelte instanser/tilbud.

Viktig med et lengre perspektiv for sikkerhetspsykiatrien, med en god modell på å samarbeide med andre instanser.

Samarbeid og felles møtepunkter tidlig i forløp, uavhengig av om man har en aktiv sak, slik at man tverrfaglig ser på hvordan de ulike enhetene kan bidra inn til ungdommens beste. Felles forståelse av at det ikke er mulig å sette klare grenser mellom hva som er helse og hva som er omsorg, man må tenke helhetlige og parallelle løp.

Viktig med klar avgrensning og at gruppen defineres innenfor rammeverket for psykisk helsevernloven.

At ikke inklusjonskriteriene blir for snevre

Det må utdypes/avgrenses hva det menes med alvorlig voldsadferd.

Viktig med god samhandling. "Akutten Nord - Trøndelag" prosjekt, "Kvellomalen" - samarbeid mellom BVT, Bufetat og Bup. Hvor alle enheter samles fra start - bufetat er da den koordinerende enhet. Et prosjekt som fungerte svært godt for alle enheter. Prosjektperiode 2014 - 2015, utvidet drift fra Januar 2016.

Sikre felles forståelse på tvers av etater av "alvorlig psykisk lidelse"

#### *Innspill fra rådet/ressurspersoner:*

Alvorlig voldsrisiko forekommer ikke bare hos pasienter i helsevesenet. Psykisk helsevern vil få henvisninger på ungdommer med høy voldsrisiko, og som ikke kan sies å ha en alvorlig psykisk lidelse. Det er viktig at også barnevernstjenesten og Bufetat har kompetanse på vold og voldsrisikovurdering, slik at man i fungerende samarbeid kan bli enige om hvem som gjør voldsrisikovurderingene. Innleggelse på sikkerhetspsykiatrisk enhet bør ikke være det eneste alternativet. Det må ikke bli valget mellom innleggelse på sikkerhetsenhet eller ingenting.

#### Spørsmål 4

Har dere andre innspill til definisjon av målgruppen barn og unge for sikkerhetspsykiatriske tilbud?

*Oppsummering av innspillene:*

To KvIP-enheter trekker frem at definisjonen bør inkludere de tilfeller hvor prøvde tiltak/rammer i ordinært tjenestetilbud ikke har vært tilstrekkelig. Tilfeller der det er behov for vern av andre nevnes også. Andre innspill omhandler at definisjonen bør ha en nedre aldersgrense, samt hvorvidt selvskade, akutt rusutløst vold og psykisk utviklingshemning bør inkluderes. Seks enheter har ikke flere innspill.

*Enheteres svar på spørsmålene/ innspill:*

De tilfeller hvor det er stort behov for samfunnsvern og andre tiltak oppfattes som ikke tilstrekkelig.

Vil vold mot egen person kunne falle innunder definisjonen?

En nedre grense for sikkerhetspsykiatri (mtp alder)

Den foreslåtte definisjonen er god. Viktig å beholde: "som ikke kan håndteres innenfor rammene av det ordinære tjenestetilbudet i psykisk helsevern for barn og unge"

Akutt rusutløst vold - bør ikke inn i sikkerhetspsykiatri. Pas med psykisk utviklingshemning / skårer i grenseland psykisk utviklingshemning - tvungen omsorg (for eksempel samtykkekompetanse).



## Spørsmål 5

Omtrent hvor mange barn og unge under 18 år som kan være i målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud tror dere har vært innlagt ved deres BUP akutt enhet de siste to årene?

### *Oppsummering av innspillene:*

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. En enhet har ikke hatt noen, og en enhet vet ikke antall.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

8-10

2

7

10-15

0 de to siste årene.

ca 6stk

7

Ca 5

En

Usikker da vi er en avd som ikke er godkjent for TPH pr nå. Pas med denne problemstillingen legges inn i VOP akutt enhet.

Vi har overført to, de siste årene. Begge via akuttseksjon døgn for voksne, i tråd med vår interne avtale innad i klinikk for Psykisk helsevern

### *Innspill rådet/ressurspersoner:*

Det vil trolig ikke bare være karakteristika ved pasientene som avgjør hvem som trenger sikkerhetspsykiatrisk tilbud eller ikke. Dårlig standard på skjermingsenhet, bemanning og fysisk innretning på avdelingene vil senke terskelen for hvilke pasienter en ikke kan håndtere. Variabel standard på akuttenehetene er dokumentert i KviP-rapporter.

## Hvordan fungerer dagens arbeid med barn og unge som kan være i målgruppen?

### Spørsmål 6

Hva kjennetegner arbeid med barn og unge som kan være i målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud, som dere har vært involvert i og synes har fungert godt?

#### *Oppsummering av innspillene:*

Enhetene beskriver at arbeid som har fungert godt har vært kjennetegnet av tilstrekkelig med tid, økonomiske ressurser, personell, kompetanse og egnede lokaler, og klare rammer som er godt kjent for pasienten. Tidlig og tett samarbeid, på tvers av første- og andrelinje, barnevernstjeneste, politi og pårørende, kjennetegnet av stabilitet, felles forståelse og tydelig ansvarsfordeling trekkes frem. Vurderinger og tiltak som nevnes er grundig voldrisikovurdering og differensialdiagnostiske vurderinger, sikkerhetsplan, TUD og samarbeid med kommunale instanser ved utskrivelse.

#### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Klare og tydelige rammer som er gjort godt kjent for pasienten. Tilstrekkelig og trygt personalgruppe. At personellet har tilstrekkelig kompetanse. Stabilitet i forløpet, slik at pasienten ikke blir en "kasteball" mellom ulike etater/enheter.

Tett samarbeid med barneverntjeneste/institusjon. Engasjerte pårørende.

Samhandling over tid på tvers av 1. og 2. linje, involvering av Politi og tett oppfølging med klart definerte ansvarsområder og god kontinuitet.

Tydelige rammer og grenser, egnede lokaler, godt lydisolert, mulighet for utgang til lukket område, sikkerhetsplan og planlagte tiltak i henhold til skåring av BVC.

Erfarte at det var lurt med en grundig voldrisikovurdering før man iverksetter tiltak.

Der hvor barnevernet har vært involvert/deltagende og man har fått til en felles forståelse og hvor man sammen har fått til en felles plan hvor alle bidrar sammen. Samt der hvor personal fra bolig har vært deltagende under innleggelse og hvor man har kunnet jobbe ungdommen ut til bolig med tilsvarende rammer.

Alle instanser: politi, barnevern, psykisk helsevern involvert samtidig. Politi til stede i avdeling for å ivareta sikkerhet.

Tilstrekkelig med tid og øvrige ressurser. Bistand fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger med mer mengdetrening til å gjøre vurderinger. Samarbeid med Fact Ung i oppfølging etter utskrivelse. Bruk av TUD. Tett samarbeid med omsorgspersoner.

Godt samarbeid med instanser på ett tidlig tidspunkt.

Har ikke tilbud til denne pas gruppen i vår enhet.

Ved overføring til andre døgnrammer (enten i spesialiserte tilbud i VOP eller til Sikkerhetsavdelingen vår), har vi fra Bup vært med i behandlingsteamet sammen med behandlere ved ny døgnavdeling. Særlig viktig bidrag fra oss har vært utviklingspsykologisk kunnskap, differensialdiagnostisk kunnskap om både psykoselidelser og kognitiv fungering i et utviklings/barne- og ungdoms perspektiv

## Spørsmål 7

Hva kjennetegner arbeid med barn og unge som kan være i målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud, som dere har vært involvert i og synes har fungert dårlig?

### *Oppsummering av innspillene:*

Enhetene beskriver at arbeid som har fungert dårlig har vært kjennetegnet av uegnede fysiske lokaler (f.eks. manglende skjermingsmuligheter), mangel på personalressurser, gode rutiner og omsorgsrammer. Samarbeid med andre instanser har i disse tilfellene fungert dårlig og knyttes til uklar ansvarsfordeling og dårlig organisering, ansvarsfraskrivelse hos samarbeidspartnere, og manglende kompetanse og erfaring i barnevernsinstitusjoner og kommunen. Enhetene trekker særlig frem utfordringer rundt pasienter med samtidig rusproblematikk. En enhet har ingen erfaring.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Bygningsmessige utfordringer knyttet til materialvalg, utforming og kapasitet på skjermingsmuligheter. Personellmessige utfordringer knyttet til tilstrekkelig antall, stabilitet og kompetanse. At det ikke eksisterer gode nok rutiner for ivaretagelse og at rutinene må lages underveis i forløpet.

Samarbeidet har fungert dårlig. Pasienter blir kasteball. Omsorgsgiver har ofte ikke rammer til å ivareta sitt omsorgsansvar. Ofte stor rusproblematikk der det er uklar ansvarsfordeling og juridiske utfordringer.

Samhandling blir vanskelig fordi tilbudet blir avhengig av enkeltpersoner, manglende kompetanse i barnevernsinstitusjoner, beslutninger blir vanskelige å ta fordi man ikke strekker seg mot pasientens beste. Manglende samarbeid internt mellom instanser i 1. og 2. linje.

Ikke egnede lokaler, til skremsel for andre innlagte pasienter og pårørende. Tidvis utfordrende pårørendearbeid som påvirker ungdommen negativt. Lokaler og møbler som lett ødelegges. Tilstrekkelig bemanning

Veldig lavfrekvent. Det er lange løp og det tar lang tid å etablere samarbeid med sikkerhetsenheter, også siden de er for voksne.

Opplever ofte ansvarsfraskrivelse fra samarbeidspartnere; "dette kan man ikke håndtere i barnevernet, fordi dette mener vi er helserelatert" eller "dette kan vi ikke ivareta i poliklinikk fordi det er for ressurskrevende" eller når involverte parter "slipper saken" når den unge legges inn, istedenfor å bidra inn sammen på tvers.

Dårlig samhandling mellom instanser. Manglende omsorgsrammer. Barn under 15 år som samfunnet må beskyttes mot som blir henvist BUP fordi de ikke kan holdes i arresten. Manglende akutt plasser i barnevernet. Uklart hvem som har ansvar ved rusbruk/rusavhengighet.

Samarbeid med barnevern/BUF-etat er ofte vanskelig. Samarbeid/overgang mellom BUP og VOP er dårlig organisert. Samtidig rusproblematikk, en gruppe det finnes lite tilbud til i vår region

Vanskelig når ansvarsfordeling ikke er avklart

Har gode erfaringer i samarbeid innad i psykisk helsevern. Men har strevd i samarbeid med kommune mtp omsorg- og botilbud, vi har forstått det som at kommunene i alt for liten grad har erfaring og kompetanse med den type tiltak som voldsrisikovurdering peker på. Vi har også en del saker, der bv.inst stadig opplever bekymring for psykoselidelse mens vi vurderer at det ikke er det. Og det fører ofte til mange korte innleggelses, som kan bidra til forverring av prognose, og som i hvertfall står i veien for god behandling og god omsorg.

### *Innspill rådet/ressurspersoner:*

---

De faglige rådene for voldsrisikovurderinger ved alvorlig psykisk lidelse anbefaler SAVRY. [Innledning - Helsedirektoratet \(https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/innledning\)](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/innledning). Det oppleves manglende samsvar mellom anbefalinger og muligheter til gjennomføring av vurdering. På en akuttpost er det sjelden tid til å gjennomføre SAVRY. Det er et svært tidkrevende verktøy og det er få i BUP eller på døgnposter som har kapasitet til å gjøre dette. Få har mengdetrening og spisskompetanse, og det er krevende opprettholde kompetanse på SAVRY. Det trengs også mer kompetanse på tiltak utover det som ligger i voldsrisikovurderinger.

---

Det ansees viktig å avklare hensikt med gjennomføring av voldsrisikovurdering.

---

## Spørsmål 8

Hva har det innebært for dere som BUP akutt enhet å ha barn og unge som kan være i målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud innlagt (f.eks. ressursbruk, bruk av skjermingsenhet og personalkapasitet)?

### *Oppsummering av innspillene:*

KVIP-enhetene har erfart at de har uegnede lokaler og rammer for å ivareta barn og unge i målgruppen. De trekker frem skader og psykiske belastninger for personell, skader på lokaler, økt økonomisk ressursbruk (f.eks. innleie av personell, økt vedlikeholdsbehov) samt økt bruk av skjermingsenhet og tvangsmidler. Disse belastningene kan gi utfordringer med å ivareta de andre pasientene i posten. En enhet har ingen erfaring.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Høy slitasje på personell. Turnover, økt sykefravær, utrygghet. Reduksjon på skjermingsmulighet og personal tilgjengelig for ivaretagelse av de øvrige pasientene. Enkeltpasienter som opptar stor andel av kapasiteten på personellsiden og tilgjengelig pasientareal. Stor behov for innleie som får budsjettmessige konsekvenser. Økt vedlikeholdsbehov.

Problematisk i forhold til andre pasienter. Skader på personal/bygg/inventar. Økt ressursbruk. Utrygghet i personalgruppa. Lite mengdetrening i håndtering av ekstrem voldsbruk.

Unødvendig skade på personal, psykiske belastninger for personal, korttids- og langtidsfravær grunnet fysiske og psykiske skader, skadelig for arbeidsmiljø, vansker med rekruttering av ansatte, gir dårligere behandlingstilbud for kjernegruppen i akuttpsykiatri for barn og unge. Overforbruk av budsjett, AML brudd.

Behov for å øke bemanningen på alle skift, behov for å sette inn tiltak for å skjerme andre pasienter, bruk av skjermingsenhet har vært nødvendig

Krevende både for ansatte og medpasienter, veldig dyrt, har ikke egnede lokaler til slik langtidsarbeid.

Stor ressursbruk med ekstra innleie av personell, stor bruk av skjerming og hyppige vedtak om tvangsmidler, mange materielle skader på inventar, gått ut over at man ikke klarer å ivareta andre innlagte pasienter, mange andre pasienter som har opplevd det skremmende med uro/bråk i avdeling el medpasienter som fremstår truende.

Utstrakt bruk av skjerming for å skjerme andre sårbare pasienter. Andre pasienter får ikke nødvendig behandling eller forløpet forlenges. Innleie av personell som fører til overtid, AML-brudd og dårligere kontinuitet for pasienter. Manglende rammer til å kunne korrigere uønsket atferd og håndtere risiko dette medfører. Ungdommer har måttet bli lagt inn i voksenpsykiatrisk akuttpost. Bruk av tvangsmidler. Har vært nødvendig å bruke mekaniske tvangsmidler på pasient under 16 år i nødverge.

Økt ressursbruk når det gjelder personale. Ødeleggelser i avdeling. Problemer for medpasienter fordi det er vanskelig å skjerme de andre. Støy. At skjermingsenhet kan være opptatt, bli ødelagt. Skader på ansatte.

Vanskelig å gjennomføre andre ordinære pasientopphold parallelt

Vanskelig å konkretisere. Vår erfaring er at det har vært korte perioder vi har vært nødt til å ivareta pasienter som ellers ville vært videreført til mer egnede rammer. Og det har da kostet mye for ressursmessig, opplevd belastning for ansatte, for ledere, for medpasienter og deres foreldre. Vi har også flere ganger fått ødelagt mye inventar.

## Spørsmål 9

Har dere noen erfaringer med barn og unge som er fengslet, straffedømte med TPH som særreaksjon eller lignende?

*Oppsummering av innspillene:*

Noe erfaring hos noen få enheter. Seks enheter beskriver at de ikke har erfaring.

*Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Det har vært drøftet men ikke gjennomført.

2. En som ble dømt til behandling og en på varetektsurrogati.

1 pasient som var siktet for kriminelle handlinger.

Ja

Nei. Vi har hatt noen forespørsler om observasjoner og liknende i straffesaker, men har ikke tatt imot, ofte etter sterke anmodninger fra politiet som har ment det ikke har vært forsvarlig med innleggelse hos oss.

## Spørsmål 10

Har dere andre erfaringer som vil være relevant for å innrette sikkerhetspsykiatriske tilbud til barn og unge under 18 år?

### *Oppsummering av innspillene:*

Noe erfaring hos noen få enheter. 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. Fem enheter beskriver ikke andre relevante erfaringer.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Transport på tvers av politidistrikt bør forenkles.

Erfaring med å måtte opprette et sikkerhetspsykiatrisk tilbud ad hoc for en enkelt pasient og det er tidskrevende og ressurskrevende. Hadde ikke vært nødvendig om tilbudet faktisk eksisterte.

Bemanning og egnede lokaler er viktig

At vi har avdekket at vi har behov for kompetanseheving og økt fokus på MAP, rus/avrusning.

Behov for å dele opp avdelingen, da vår avdeling er den eneste for barn/unge i vårt fylke og skal favne alle psykiatriske problemstillinger for barn/unge, både elektive og akutte.

Ungdommer med lavt evnenivå, utviklingsforstyrrelser og sammensatte vansker som ikke faller inn under "alvorlig psykisk lidelse" legges inn på grunn av alvorlig voldsadferd, selvskading eller rus med mistanke om alvorlig psykisk lidelse. Disse blir raskt skrevet ut og blir kasterboller i systemet med gjentatte reinnleggelser.

Vi har hatt god nytte av samarbeid/veiledning fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger (for voksne) med mer erfaring

### *Innspill rådet/ressurspersoner:*

En kjent problemstilling er at det i noen tilfeller kan være fristende å foreslå restriksjoner og tiltak som en ikke kan ha utenfor en lukket avdeling. En er avhengig av å ha et fungerende samarbeid med stedet ungdommen skal bo (familie eller institusjon). For noen pasienter finnes det ikke gode botilbud som en kan samarbeide med. En må ha fokus på både behandlingstilbud og botilbud som er tilrettelagt for ungdom med alvorlig voldsrisiko. Dette er blant annet omtalt i denne rapporten som omhandler voksne [I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv - KS \(https://www.ks.no/fou-sok/2023/224030/\)](https://www.ks.no/fou-sok/2023/224030/)

## Hvordan bør fremtidens sikkerhetspsykiatriske tilbud rigges? Hva er det behov for regionalt og evt. nasjonalt?

### *Bakgrunn:*

*Arbeidsgruppas oppdrag er tilbudet i spesialisthelsetjenesten til de pasientene som er i målgruppen. I overordnet plan for sikkerhetspsykiatri er det foreslått å «Utrede behovet for et behandlingstilbud for barn under 18 år med mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd, herunder behovet for regionale tjenestetilbud og et forsterket nasjonalt tjenestetilbud».*

*Her er noen refleksjoner fra Helse Sør-Øst:*

*Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri anbefaler at det etableres et tilbud tilpasset barn og unge knyttet til regional sikkerhetsavdeling i hver region. I tillegg anbefales det å utrede behovet for et nasjonalt tilbud (altså et tilbud ett sted i landet med særlig kompetanse). En måte å løse dette på kan være at det etableres et regionalt tilbud i minst tre av regionene, og at ett av disse tilbudene får en særskilt nasjonal oppgave. Arbeidsgruppa i Helse Sør-Øst ser for seg at et tilbud bør ha mulighet for døgnplasser særskilt tilpasset barn og atskilt fra voksne, men også at de bør jobbe utpreget ambulant. Spørsmålet er om det kan bli veldig smått med 3-4 lokasjoner. Alternativet er å kun ha ett nasjonalt tilbud, eller å kun ha regionale tilbud. Det er fordeler og ulemper ved ulike løsninger, men prinsippet om lavest mulig nivå og minst mulig flytting av pasientene må gjelde. Tilbudene må uansett ha utbredt samarbeid med Psykisk helsevern barn og unge (PHBU) både på døgn og ambulant.*



## Spørsmål 11

Har dere innspill til hvorvidt fremtidens sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn og unge under 18 år skal bygges opp innenfor sikkerhetspsykiatrien, eller om man heller bør tenke at det skal bygges opp innenfor psykisk helsevern for barn og unge?

### *Oppsummering av innspillene:*

Flere KvIP-enheter formidler at 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. Bare en enhet foreslår å bygge egen kompetanse for disse pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Vi mener at organisering under sikkerhetspsykiatri vil være mest naturlig, siden man da kan dra nytte av eksisterende kunnskap og erfaring med pasientgruppen. Men det bør skilles mellom voksne og barn/ungdom slik at pasientgruppen ikke blir påvirket av voksne voldsutøverer. Tydelig bygningsmessig skille.

Antall barn/unge med behov for sikkerhetspsykiatri må kartlegges, det antas at antallet er lavt (avhengig av inklusjons- og eksklusjonskriterier). Et tilbud med særlig kompetanse innenfor både sikkerhetspsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Kompetanse er viktigere enn nærprinsippet. Enig i at tilbudet bør knyttes til allerede eksisterende kompetanseenheter innen sikkerhetspsykiatri.

Det er behov for spesialister innenfor barn og ungdom. Utfordrende med rekruttering slik det er i dag, så hvis sikkerhetspsykiatrien også er i behov av personer med denne spesialiteten vil det by på utfordringer. Gode akuttenheter som er egnet for gode skjerminger og har kapasitet til mer enn 1 skjermingspasient om gangen vil kunne håndtere mange typer pasienter.

#### Sikkerhetspsykiatri, tilpasset ungdom

Regionale avdelinger, gjerne knyttet til sikkerhetsavd for voksne for å utveksle erfaring/kompetanseoverføring fra voksenpsykiatrien, men fortsatt ivareta unge i egne enheter.

Retts- og sikkerhetspsykiatri bør være et eget fagfelt.

Vi tenker det bør legges under/i tilknytning til eksisterende sikkerhetspsykiatriske avdelinger

#### Sikkerhetspsykiatriske tilbud

Bygge en egen kompetanse for disse pas. innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Egne regionale enheter støttes. Er ikke kjent med at det finnes gode tilbud i dag.

Ved vårt sykehus er det et ønske om å bygge opp slikt tilbud innenfor sikkerhetspsykiatrien der PHBU deltar både inn i planleggingen. Og der man er forpliktet til å sørge for et behandlert miljø med faktisk og formell kompetanse på både sikkerhetspsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri og klinisk barne- og ungdomspsykologi.

### *Innspill rådet/ressurspersoner:*

Det er naturlig at tilbudet ligger under sikkerhetspsykiatrien, siden dette er en liten målgruppe, og sikkerhetspsykiatrien har mer erfaring med denne målgruppa/problematikken.

I sikkerhetspsykiatrien med barnekompetanse. Det bør være tett samarbeid med de miljøene som betjener ungdomsfengslene. Må ha kompetanse på utviklingsforstyrrelse og habilitering i tillegg til alvorlige psykiske lidelser og vold.

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. Det er ikke et like inngripende tiltak.

Konsultasjonsplasser (utvidet målgruppe) kan også være aktuelt.

## Spørsmål 12

Uansett oppbygning; hvilken rolle, og hvilket ansvar, bør en BUP akutt enhet ha i et samarbeid rundt barn og unge som kan være i målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud?

### *Oppsummering av innspillene:*

KvIP-enhetene formidler at BUP akutt-enheter bør ha ansvar for å samarbeide med sikkerhetspsykiatriske tilbud om oppdagelse, utredning, behandling og oppfølging av barn og unge i målgruppen. Ansvaret for å fange opp, henvise og bidra til en god overføring trekkes frem. En enhet formidler også viktigheten av tydelig ansvarsfordeling i et slikt samarbeid. To enheter har ingen innspill.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Sammen med BUFETAT bør BUP akutt være henviser til en slik enhet. Klar og tydelig erfaringsutveksling knyttet til den enkelte pasient og problemstillingen generelt.

Delta i tverrfaglig samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse/ konsultasjon ved overføring til rettspsykiatri.

Forsøkt grundig utredning og behandling i 2. linjen og forsøkt ulike tiltak for å redusere/hindre farlig adferd

Vi tenker at vi skal ha samme ansvar for ø-hjelp for denne målgruppen og at vi bør samarbeide tett i aktuelle saker med sikkerhetspsykiatri.

Usikkert per nå, men viktig å ha en tydelig ansvarsfordeling som er relativt likt på tvers av regioner, at foretakene/regionene enes om en "nasjonal føring" som kan implementeres relativt likt for alle uavhengig av geografi/flyttinger etc.

Ansvar for å fange opp og henvise. Samhandling.

Vurdere hvilket nivå pasienten bør ivaretas og behandles på. Der det er aktuelt, har en rolle i utredning/behandling under forløp på sikkerhetspsykiatrisk avd. Delta i utskrivelsesprosess og oppfølging etter utskrivelse der det er aktuelt.

Skal BUP akutt enhet evt bistå som ledd i nedtrapping av sikkerhetsnivå? Da gjennom midlertidig innleggelse eller ambulant arbeid?

De fleste pasientene som er aktuell for slikt tilbud (mistanke/påvist alvorlig psykisk lidelse og alvorlig voldsbruk - der både den psykiske lidelsen og volden vurderes som alvorlig hver for seg), vil komme inn i PH via døgntilbud i PHBU. Vi blir da ansvarlig for vurderinger knyttet til overføring/henvisning og dermed få et stort ansvar for en god overføring av pasienten (både mht informasjon om forløp og vurderinger gjort så langt til nye behandlingsansvarlige og for god informasjon til pårørende og andre samarbeidsinstanser. Andre aktuelle pasienter kan komme fra kriminalomsorgen eller for rettspsykiatrisk døgnobservasjon, disse vil ofte ikke komme via akuttpost i PHBU. En annen gruppe som kan være aktuell er under omsorg av barnevern med mistanke om alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsatferd. Og ønsket inn i sikkerpsykiatri etter §4-24. Vår erfaring er at vi alltid bør forsøke å hjemle utredning/behandling i Psykisk helsevern i vårt eget lovverk.

## Spørsmål 13

Har dere noen innspill til om, og i så fall hvordan fremtidens sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn og unge under 18 år bør rigges lokalt på sykehusnivå?

### *Oppsummering av innspillene:*

Flere KvIP-enheter formidler at det sikkerhetspsykiatriske tilbudet bør rigges på regionalt nivå fremfor lokalt. Det nevnes avgrensede tilbud fra sikkerhetspsykiatri for voksne, som kan operere ambulant og inngå i aktivt samarbeid med lokal BUP. Lokale enheter bør imidlertid ha kompetanse til utredning, henvisning, vurdering og inngå i samarbeid med andre akuttenheter, sikkerhetsenheter og regionale sikkerhetspsykiatriske avdelinger. En enhet har ingen innspill.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Lokalt bør man være rigget og inneha kompetanse til vurderingene og utredning, men selve enhetene bør ligge på regionalt og nasjonalt nivå. Kapasitetsmessig bør disse enheten være av en slik størrelse at man unngår ventetid for inntak. En slik ventetid vil potensielt være svært risikabel og kan gi større press på de lokale akuttenehetene.

Helseforetaksnivå. Grunnet et lavt antall pasienter.

Ut ifra vår erfaring er målgruppen for liten for å rigge et eget tilbud for vårt område.

Sammen med andre akutt enheter og sikkerhetsenheter for å kunne få bistand og samarbeid.

Vi frykter dette blir for spesialisert til at alle enheter kan ivareta dette lokalt utover det akutte.

Viktige byggetekniske avklaringer for oss: umulig å ivareta både akutte og elektive saker (spiseforstyrrelser, angst, depresjon, suicidalitet, utredning, rus/avrusning, vold etc) i en og samme sengepost.

Vi ønsker at dette skal være organisert regionalt. Blir for sårbart å rigge dette lokalt. Ambulante team tilknyttet regionalt senter som kan bistå med utredning, risikovurdering og veiledning til lokal BUP.

Bør ha god kompetanse på risikovurderinger og godt samarbeid med regionale sikkerhetspsykiatriske avdelinger for heving og vedlikehold av kompetanse.

Må ha egnede lokaliteter

Regionale funksjoner, men at lokale BUPer bør ha et samarbeid med regionale enhetene når det gjelder felles pas. Om det blir sengepost eller poliklinikk er vi usikre på.

Vi arbeider for en ordning der dette fysisk kan rigges sammen med sikkerhetspsykiatri for voksne, men avgrenset fra voksne pasienter. Med aktivt samarbeid i sak med kompetanse fra PHBU både for å sikre differensialdiagnostisk kompetanse og kontinuitet.

## Spørsmål 14

Har dere noen innspill til om, og i så fall hvordan fremtidens sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn og unge under 18 år bør rigges regionalt?

### *Oppsummering av innspillene:*

Flere av KvIP-enhetene er positive til at det sikkerhetspsykiatriske tilbudet rigges regionalt. To enheter trekker frem at omfang og nivå på tilbud må tilpasses målgruppens størrelse og problematikk. Betydningen av kompetanse fremfor geografisk nærhet trekkes frem. Noen enheter foreslår et tilbud i hver region. Andre innspill er at regionale tilbud bør ha veiledende funksjon, og kombineres med ambulante team lokalt. To enheter har ingen innspill.

### *Enhetenes svar på spørsmålene/ innspill:*

Det bør være en regional enhet ved hver helseregion. En nasjonal enhet vil neppe ha tilstrekkelig kapasitet og vil i så tilfelle bli en svært stor enhet, noe som vil bli uhensiktsmessig på mange ulike nivåer.

Ingen innspill. Avhengig av omfang og alvorlighetsgrad -samfunnsvern.

Det må være et riktig antall lokasjoner/tilbud ut ifra målgruppe. Kompetanse er viktigere enn nærhet til bostedsadresse.

Høres fornuftig ut

Ikke utover øvrige besvarte spørsmål

Regionale tilbud med ambulante team som kan gi behandling lokalt og tilby regionale døgnplasser både for lengre innleggelser og akuttinnleggelser.

Det bør finnes tilbud i alle regioner. Vi tenker det er sannsynlig at en får mange henvendelser om utredning/behandling for ungdom under omsorg av barnevernet, og at ei nasjonal avdeling ikke vil være tilstrekkelig.

Det bør ha en veiledende funksjon

4 helseregioner? Støtter forslag over.

I vår region er det en foreløpig enighet om at slikt regionalt tilbud skal ligge ved et sykehus.

### *Innspill rådet/ressurspersoner:*

Det er viktig med både døgn og ambulant, og at de som har spisskompetanse kan være med på å gjøre jobben med vurderingene rundt pasientene (ikke bare veiledende funksjon). Et rent kompetansesenter ville sannsynligvis gitt mange gode råd som man ikke har tid til å følge opp.

Det bør være regionale eller nasjonale tilbud. Det er for smått å lage dette i hvert helseforetak. Dagens døgnenheter kan sannsynligvis ivareta en del av pasientene i målgruppen dersom de får bistand fra fagpersoner med spisskompetanse på problematikken.

Ved en kombinasjon av døgn/ambulant virksomhet må det avklares hvem som har behandlingsansvar.

## Spørsmål 15

Har dere noen innspill til om, og i så fall hvordan fremtidens sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn og unge under 18 år bør rigges nasjonalt?

### *Oppsummering av innspillene:*

Flere KvIP-enheter foreslår at det i tillegg til et regionalt tilbud rigges et nasjonalt tilbud i form av kompetansesenter, -avdeling eller fagnettverk, som kan være rådgivende for regionene. To enheter trekker frem at omfang og nivå på tilbud må tilpasses målgruppens størrelse og problematikk. To enheter har ingen innspill.

### *Enhetens svar på spørsmålene/innspill:*

Ved eksisterende nasjonale funksjoner/fagmiljøer med kompetanse på barn og unge.

Se svar over. Regionale enheter og nasjonalt kompetansesenter.

Ingen innspill. Avhengig av omfang og alvorlighetsgrad -samfunnsvern.

I tillegg til regionale tilbud, vil det være hensiktsmessig med ett eller to kompetansesenter, eventuelt samlokalisert med de regionale tilbudene.

Regionale tilbud med nasjonalt ansvar høres fornuftig ut

Vanskelig å mene noe om når vi ikke vet antall pasienter det gjelder i landet, nasjonalt ambulant team høres utfordrende ut.

Nasjonalt kompetansesenter.

Ønskelig med nasjonal avdeling for de alvorligste tilfellene

Nasjonalt høykompetanse/fagnettverk som er rådgivende for regionene!

Det er vanskelig å se for seg hvordan et slikt nasjonalt tilbud kan fungere for de ungdommene som hører til hjemkommune for langt unna, mtp veldig mange faktorer. Vi lurer også på hvilke problem det skal løse, som ikke bedre kan løses ved et regionalt tilbud. Og vi er derfor mest opptatt av at regionalt tilbud.

### *Innspill rådet/ressurspersoner:*

Bør styrke eksisterende nasjonale funksjoner/fagmiljøer med kompetanse på barn og unge.