

## Til Helsereformutvalget

### **Notat om behovet for flere døgnplasser for alvorlig psykisk syke pasienter**

Vi takker for vårt digitale møte med utvalgsleder, et av utvalgets medlemmer og sekretariatsleder 17. mars i år, og sender som avtalt et notat, der vi utdyper våre synspunkter fra møtet.

Vi oppfattet det slik at det vil være nyttig å gi utvalget mer kunnskap om de faktiske forholdene i psykiatrien. Vi har derfor valg å strukturere notatet i to deler: Først en gjennomgang av fakta vi mener er sentrale for å forstå situasjonen rundt de sykeste pasientene. Deretter en del der vi formulerer hvorledes vi mener en bedre struktur i organisering av den psykiatriske helsehjelpen på sikt kan bli både rimeligere, og gi bedre helsehjelp.

#### **Oppsummert foreslår vi:**

- Det må etableres vesentlig flere døgnplasser for psykiatriske pasienter som er i behov av måneder til års rehabilitering og botrening med heldøgns behandling, før det er rimelig å tro at de vil kunne klare seg i en (kommunal) bolig. Det understrekes at de fleste pasienter med psykisk sykdom fortsatt vil få sin polikliniske oppfølging ved DPS (distriktpsikiatriske sentra) eller hos fastlegen.
- For å få dette til, må grensesnittet mellom kommunale tjenester og psykiatrisk spesialisthelsetjenesten, endres. Psykisk helsevern må få ansvar for all behandling, rehabilitering og botrening for psykiatriske pasienter i behov av heldøgns omsorg. Det er kun psykisk helsevern som har kompetansen og lovhjemlene til å behandle slike pasienter, som delvis ikke har beslutningskompetanse.
- Da helseforetakene gjennom årene ikke har ivaretatt de sykeste psykiatriske pasienters behov, foreslår vi å «klippe» psykiatrien ut av foretakene og etablere en egen forvaltningslinje, fra helseministeren til ulike sykehusavdelinger, videre til ulike boliger i geografiske områder. Stortinget må bevilge pengene både til drift og nybygg. Disse

pasientene er allerede i dag dyre for kommunene og helseforetakene, de fører til utslitte pårørende, utrygge nabolag og merarbeid for politi og domstoler. Imidlertid blir mange pasienter i dagens system ikke vesentlig bedre. Med kvalifisert behandling og omsorg de i dag ikke får i kommunene, kan prognosen endres positivt og omsorgen på sikt bli rimeligere.

Vi håper notatet vil være til nytte i utvalgets videre arbeid, og vil selvsagt utdype våres synspunkter og råd, dersom det er behov for dette.

Vi ser frem til en god rapport fra utvalget, der psykiatriens situasjon gis den oppmerksomheten den trenger, og fortjener.

*Oslo, tirsdag 7. april 2026*

Med vennlig hilsen

**Randi Rosenqvist**  
**Thorvald Steen**  
**Hans Erik Heier**  
**Are Saastad**

# Del 1 Bakgrunnsinformasjon

## Hva er psykiske lidelser?

Det finnes utallige diagnoser og variasjoner i hvilke symptomer de ulike diagnoser kan innebære. Svært forenklet kan man snakke om tre typer lidelser:

*Ulike symptomlidelser:* angst, depresjon, rusmisbruk, fobier, post-traumatisk stresslidelser, anoreksi med mer. Disse psykiske lidelsene kan være alt fra plagsomme til invalidiserende og kan oppstå når som helst i livet. Behandling er stort sett poliklinisk. Fastlegene behandler de fleste, mange blir henvist DPS, men mange av disse blir ikke tatt inn.

*Ulike utviklingsforstyrrelser:* psykisk utviklingshemming, autismespekterlidelser, ADHD (nevrodivergens) og personlighetsforstyrrelser. Dette er tilstander som stort sett er medfødt og varige, men som også kan gi ulike symptomer og funksjonssvikt. Spesialisthelsetjenesten (psykiatri eller habiliteringstjenesten) utreder vanligvis, selv om noe utredning kun skjer hos fastlegen. Kommunen har ansvar for oppfølging dersom pasienten er avhengig av dette. Utfordringen blir å hjelpe pasienten til et liv de kan mestre. Mange er ikke avhengig av spesiell oppfølging, men noen er i behov av heldøgns omsorg, f.eks. etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9.

*Psykosesykdommer («alvorlig sinnslidelser»)* dreier seg i stor grad om schizofreni eller affektive (manisk-depressive) sinnslidelser, men også organiske psykoser og rusutløste psykoser. Forekomst av schizofreni og affektive psykoser har ikke endret seg vesentlig gjennom årene. De siste 30-40 årene har imidlertid schizofrene pasienter også utviklet et rusmisbruk, noe som kompliserer behandlingen. Mens mange pasienter med schizofreni er 100 % uføre med til dels svært dårlig funksjonsevne, vil pasienter med en affektiv sinnslidelse kunne fungere bra mellom perioder med mer symptomer. Dette er gruppen «sinnssyke» som de psykiatriske sykehusene tidligere tok totalomsorg for. Nå er de fleste av disse fleste utskrevet til hjemkommunen.

Det er denne gruppen psykiatriske pasienter de undertegnede er mest opptatt av og som vi mener får en dårligere oppfølging i dag enn tidligere, med mer lidelse, aggresjon og utslitte pårørende som resultat.

### **Prognosen ved behandling av førstegangpsykosser**

Tidligere var sinnssykdom (ungdomssløvsinn, schizofreni) en livsvarig tilstand hvor funksjonen stadig ble dårligere. Disse pasientene var ofte i psykiatrisk sykehus hele livet. Pasienter med affektive sinnslidelser hadde en bedre prognose, de kunne ha lange periode med god fungering mellom alvorlig episoder med sinnssykdom.

Forskning på psykosesykdommer forutsetter oppfølging gjennom mange år, og viser at mange pasienter ikke har en god prognose eller livskvalitet. Behandling av psykoselidelser har ikke endret seg vesentlig siden de første medikamentene kom på 1960-tallet. Når er det flere ulike typer medikamenter, med ulik bivirkningsprofil. Det har imidlertid ikke skjedd noen revolusjonerende endring i prognosen de siste 50 årene. Behandling vil bestå av oftest nødvendig medikasjon, men det viktigste er terapi der pasientens forhold til realitetene, livsmestring og relasjoner vil være sentrale tema.

For mer informasjon om dette, se følgende to artikler, som også er vedlagt i sammendrag til sist i dette dokumentet: Hegelstad m.fl: *Early detection, early symptom progression and symptomatic remission after ten years in a first episode of psychosis study* (2012) og Molstrom m.fl: *The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies* (2022).

### **Nedbyggingen av senger**

Nedbyggingen av psykiatriske sengeplasser har foregått kontinuerlig til tross for at «alle» regjeringer har gitt uttrykk for at psykiatrien skal styrkes. De psykiatriske sykehusene er nedbygget og delvis solgt for å skaffe egenkapital til nye somatiske sykehus. De siste 10 årene er også distriktpsikiatriske senger (DPS) bygget dramatisk ned.

God behandling av alvorlige sinnslidelser tar i dag minst like lang tid som for 30 år siden. Dessverre er rusmisbruk hos psykotiske pasienter blitt et stadig større problem, noe som kompliserer behandlingen og behandlingsmotivasjonen.

## Antall sengeplasser er dramatisk redusert i psykiatrien

ÅR	Døgnplasser totalt	Døgnplasser per 1000 innbyggere
1990	7745	2,5
2002	5439	1.6
2020	3284	0.8
2022	3200	0.75 SSB databank

17

### Kortere liggetid i psykiatrien

Liggetiden i psykiatrien kort. Dette er forunderlig sett ut fra hvor dårlige de fleste pasienter er ved innkomst.

Ideelt sett burde dette være behandlingsforløpet i forbindelse med en akuttinnleggelse av en ruset, psykotisk pasient:

- Avrusning, etablering av søvn og ernæring
- Etablering av en god relasjon til behandler
- Utredning av hele sykehistorien
- Innhenting av komparentopplysninger
- Supplerende undersøkelser, somatikk og labprøver
- Differensialdiagnostikk, samtykkekompetansevurdering, voldsriskovurdering , suicidalitetsvurdering
- Planlegge, samarbeide, motivere videre oppfølging
- Videre omsorg er den viktigste behandling

Dette kan naturligvis ikke skje i løpet av et par dager. Derfor blir pasienter ofte «svingdørspasienter». Dette innebærer innleggelse ved krise, etterfulgt av en rask utskrivning til en tilværelse pasienten ikke mestrer, og deretter ny innleggelse ved en ny krise. I 2024 ble det kjent at en pasient dømt til tvungent psykisk helsevern, hvor de sakkyndige hadde kartlagt tegn på

schizofreni fra i hvert fall 2013 på domstidspunktet, hadde vært innlagt 55 ganger før dom<sup>1</sup>.

Klinikere forteller at terskelen for å bli lagt inn i psykiatrien i dag er høyere enn for 15 år siden. De fleste som blir lagt inn har omfattende psykiske symptomer: psykotisk fungering, realitetsbrist, rus, angst, uro, utagering. Men det er også andre pasienter, som personer med alvorlig anoreksi, psykogeriatriske pasienter, pasienter med selvskading eller andre tilstander med høy funksjonssvikt som trenger øyeblikkelig omsorg.

Den store utfordringen i omsorgen for svingdørspasientene er at de ofte har utilfredsstillende boliger og ikke evner et autonomt liv. Det er vanskelig å etablere en sammenhengende behandling der kommune- og spesialisthelsetjenesten samarbeider og stabiliserer pasienten, når pasienten har et høyt lidelsestrykk hele døgnet, har store utfordringer med å forholde seg til avtaler og dertil ofte har et rusproblem. Deres omsorg er også basert på frivillighet, selv om pasienten ikke ansees beslutningskompetent i spesialisthelsetjenesten.

Alvorlig sinnslidende pasienter bosatt i kommunene har ulike boforhold. Noen bor i en «vanlig» bolig, mens andre har ulike typer bemannede kommunale boliger. Personale kan være til stede deler av dagen, til fulldøgnsbemanning. Et ikke lite antall blir plassert i privat drevne boliger som kommunen betaler for. Enkelte av disse boligene kan koste opp mot 20 millioner i året, selv om de fleste naturligvis er rimeligere. Staten går inn med en toppfinansiering av særlig dyre omsorgsboliger<sup>2</sup>.

Ingen har oversikt over hvor mange privatdrevne plasser kommunene kjøper, men i 2024 beskrev Morgenbladet<sup>3</sup> hvorledes Oslo kommune kjøper private boliger utenbys til 200 kronisk psykotiske pasienter for en halv milliard kroner. Bortsett fra noen få plasser, er ikke disse boligene definert som helseinstitusjoner. De har ingen tilsynsordninger, og ingen andre tvangshjemler enn nødrett, og de har en varierende kvalitet.

### **Økning av Dom til tvungent psykisk helsevern (DTPHV) og Dom til tvungen omsorg (DTO)**

Særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern (DTPHV) er aktuell når en utilregnelig (psykotisk) voldsmann har en kvalifisert voldsrisiko uten videre

---

<sup>1</sup> Lokalnyheter NRK Østlandet 6.januar 2026

<sup>2</sup> NOU 2025:2 kap 11. og Fafo (2023) I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv

<sup>3</sup> Morgenbladet 1.-7. mars 2024

oppfølging.<sup>4</sup> Denne økningen har særlig skjedd de siste ti årene, se *figurene under*. Så å si alle dømte har gjennom lengre tid hatt en kronisk psykosesykdom og vært innlagt flere ganger i psykiatrien, uten å ha fått en sammenhengende oppfølging som kunne stabilisere deres tilstand.

Pasienter som har slik dom har en gjennomsnittlig domsperiode på ca 6 år. 63 % er i sykehus, og resten bor i bolig og blir fulgt opp poliklinisk/ambulant.<sup>5</sup> Sykehuset kan ikke avslutte behandlingen eller overføre fra døgnavdeling til bolig, annet enn etter samtykke fra statsadvokat eller domstol. Lov om psykisk helsevern gjelder for disse pasientene. Når pasienten bor i bolig, kan psykiatrien fatte vedtak om tvangsbehandling med medikamenter, poliklinisk kontroll og ruskontroll. Det kan imidlertid ikke settes andre restriksjoner for pasienten, som for eksempel at pasienten ikke skal kunne forlate bolig om natten eller ikke skal kunne oppbevare rusmidler i bolig.

Det er ingen særskilt finansiering av disse pasientene. Intensjonen var at denne gruppen skulle ha samme behandling som andre mulig voldelige psykotiske pasienter, for eksempel i sikkerhetsavdelinger. Man ønsket ikke en vridning mot mer bruk av dom i forhold til sivil innleggelse<sup>6</sup>. Siden den gang har liggetiden for sivilt innlagte pasienter blitt betydelig redusert, først og fremst på grunn av plassmangel, men også ut fra en samfunnsmessig forståelse om at alvorlig psykisk syke tross alt vil ha det bedre utenfor institusjon. Resultatet er at også voldelige pasienter ofte blir utskrevet, dersom de ikke har dom.

Etter phvl § 3-3 har psykiatrien likevel et selvstendig ansvar for samfunnsvernet, også når de alvorlig sinnslidende (ennå) ikke er dømt. Prioriteringsforskriften tilsier imidlertid at behandlingen skal være kostnadseffektiv. Det vil for helseforetakenes del innebære korttidsopphold.

**Dom til tvungen omsorg (DTO)** er en tilsvarende særreaksjon, opprinnelig for utilregnelige psykisk utviklingshemmede. Etter en lovendring i 2020 kan også utilregnelige med andre diagnoser idømmes en slik reaksjon. Da er det staten som dekker det meste av omkostningene ved etablering av trygg

---

<sup>4</sup> Straffeloven §§ 20 og 62, psykisk helsevernloven kapittel 5

<sup>5</sup> [RAPPORT](#) NASJONAL KOORDINERINGSENHET FOR DOM TIL TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN 2024

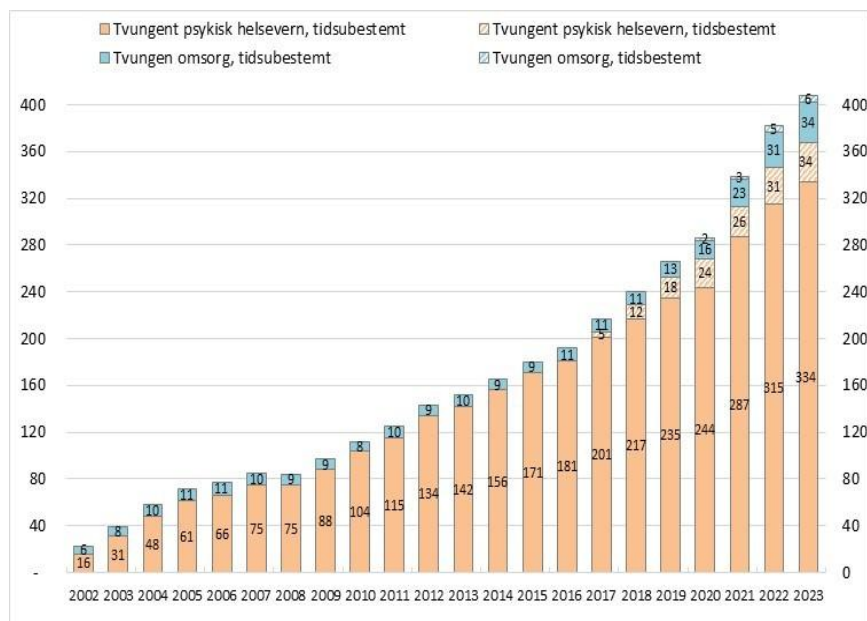
<sup>6</sup> NOU 1990:5 Kapittel VIII

bolig med heldøgnsbemanning, veiledning av personalet og ordninger for å ivareta rettssikkerheten.

Det er historiske grunner til dette. Da særreaksjonene ble innført i 2002 hadde ikke kommunene boenheter for aggressive psykisk utviklingshemmede. Det ble derfor etablert en Sentral fagenhet i Trondheim, med ansvar for denne typen pasienter, fra hele landet.

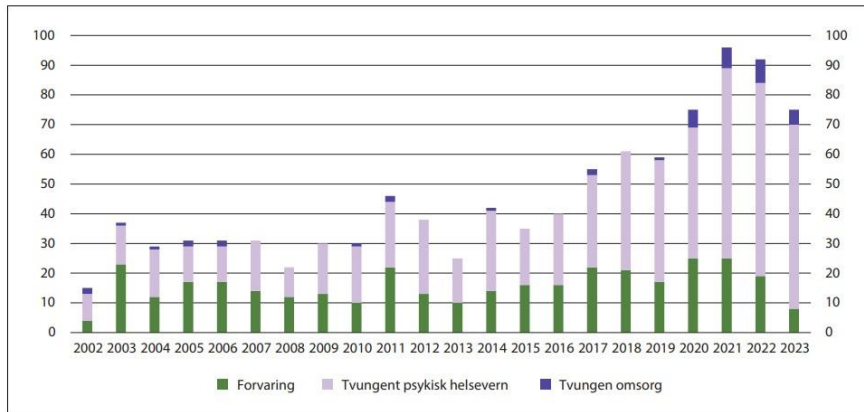
Ordringene med DTPHV og DTO er blitt svært dyre for helsevesenet. Det var grunnen til at det ble etablert et offentlig utvalg som avga sin utredning i 2025<sup>7</sup>, hvor ordningen ble gjennomgått. Utvalget kom med ulike anbefalinger, der det primære var å bygge ut helsevesenets omsorg for pasienter som også har aggresjonsproblemer.

I NOU-en er også de ulike finansieringsordningene og konsekvensene etter lovendringene fra 2020 utførlig presentert.



15

<sup>7</sup> NOU 2025:2 Samfunnsvern og omsorg.



Figur 6.8 Antall nye dommer til straffereaksjonene forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, 2002–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10622

## **Del 2 Våre ønsker og anbefalinger**

### **De sykeste pasientene må prioriteres i spesialisthelsetjenesten**

Omsorgen for pasienter med kroniske psykoselidelser er i dag i stor grad overlatt til utslitte pårørende og kommunale tjenester, som ikke har kapasitet, kompetanse eller tilstrekkelige lovhjemler for å gi god oppfølging. Opphold i psykiatriske sykehus er for de fleste av disse pasientene av kort varighet. Ved sikkerhetsavdelinger er oppholdet lengre, gjerne mange år. Mange pasienter med DTPHV opptar disse plassene, men også andre pasienter har vist et så stort aggresjonspotensial at de blir innlagt ved slike avdelinger.

Dessverre er det liten kapasitet for syke pasienter uten aggresjonspotensiale ved rehabiliteringsavdelinger for psykotiske pasienter. Dette vil si at mange med psyk sykdommer ikke får en stabil, langsiktig rehabilitering.

Dette kan skyldes at rehabilitering oppfattes som «omsorg» og overlates til kommunene. Dette er etter vår mening en gal vurdering. Det å hjelpe en psykotisk pasient til å komme gjennom hver dag med mestring og litt positiv utvikling, er komplisert. Det å forstå hvorledes en psykotisk pasient fungerer kognitivt og å se hvilke behov han har, er en spesialistoppgave.

Vi vil understreke at grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene også kan problematiseres for somatiske pasienter. Mange kommuner opplever at pasienter skrives ut for tidlig, og har behov for sykehjem eller hjemmesykepleier gjennom uker og måneder. Psykisk helsevern er likevel prinsipielt annerledes. Psykotiske pasienter er ofte unge voksne, men et relativt langt liv foran seg. Det å investere i sammenhengende psykiatrisk rehabilitering, er lønnsomt på sikt. Dette har kommunene har liten mulighet til.

- Vi mener at kvalifisert omsorg er det sentrale ved behandling, og at dagens grensesnitt mellom kommunal omsorg og spesialisthelsetjenestens omsorg er uhensiktsmessig.
- Vi mener at lengre tids behandling i sykehus, fra måneder til år, kan være nødvendig for optimal prognose.

- Vi mener at det klassiske somatiske sykehuset med kort liggetid, ikke er en god modell for kronisk psykotiske pasienter. Denne pasientgruppen trenger plass inne og ute, grøntområder, tilpassede aktiviteter og personale som kan delta i og strukturere aktiviteter. Det er viktig med tilgang til somatisk helsehjelp, og disse pasienten skal naturligvis kunne få diagnostikk og behandling som alle andre, men dette behøver ikke å befinne seg i samme bygg.
- Vi mener det er viktig å respektere pasienters autonomi. Samtidig finner vi at pasienter uten beslutningskompetanse og evne til å ta gode, autonome valg, også må få nødvending og forsvarlig helsehjelp (jfr. pasient- og brukerrettighetsloven). Vi ser at tvangshjemler kan gi gode rammer for god oppfølging. Dette er positivt. Samtidig er det en forutsetning at behandlingstilbudet faktisk finnes. Tvangshjemler kan imidlertid også hjemle dårlig intervensjon, med mye motstand og lite effekt. Dette er klart uheldig.
- Vi ser at det er mange pasientgrupper som gjerne hadde sett de fikk tettere oppfølging, også innen spesialisthelsetjenesten. Når det er behov for prioritering, mener vi dessverre at flere problemer og psykiske utfordringer som mange plages med, blir henvist til andre tiltak i nærmiljøet. Samtidig som psykiske problemer er blitt mindre stigmatiserende og mer akseptert i samfunnet, kan det se ut til at behovet for psykiatrisk eller psykologisk intervensjon har øket for symptomer som tidligere ble ansett som en del av livet. Dette er ikke nødvendigvis ønskelig.

### **Det må etableres vesentlig flere døgnplasser**

I dag er behandlingstiden for mange som blir **akuttinnlagt** for kort til å stabilisere tilstanden. Man klarer kun å roe ned en akutt krise. Dette medfører at krisene kan oppstå igjen og igjen. Vi mener at lengre liggetid er ønskelig for en ikke uvesentlig del av de akuttinnlagte pasientene.

Det er påfallende at man for 30 år siden mente at tre ukers tvungen utredning i mange tilfeller var nødvendig. Nå er grensen satt til 10 dager, selv om utredningen ikke går fortere. Vi tror det er viktig at de sykeste får en grundig utredning og planlegging av videre oppfølging tidlig i

sykdomsforløpet, og at dette ikke først skjer etter at de er blitt «svingdørspasienter». Til dette kreves flere plasser i sykehusene.

- Det enkleste er å gjenopprette senger som er blitt avviklet i psykiatriske sykehus for å spare penger, der hvor det fortsatt er ledig bygningskapasitet. Dette gjelder for eksempel Gaustad sykehus, som er foreslått nedlagt, men fortsatt er i tilnærmet full drift som psykiatrisk sykehus. Blakstad sykehus i Asker er ennå ikke er solgt, mens vi vet at Nye Drammen sykehus er allerede for trangt. Det foreligger også planer om å realisere Reinsvoll og Sannerud sykehus for å finansiere det nye Mjøssykehuset. Sykehus som er tilpasset psykiatriske pasienter benyttes i realiteten til å finansiere nye somatiske sykehus, som ikke dekker behovene til de alvorlig sinnslidende.
- Der hvor man allerede har avviklet de psykiatriske sykehusene må det bygges flere døgnplasser i forbindelse med sykehusene i disse delene av landet.

Det finnes få plasser ved **intermediæravdelinger** for pasienter som trenger sammenhengende døgnbehandling gjennom uker og måneder etter en akuttinnleggelse. Dette kan dreie seg om pasienter med affektive psykoser eller schizofreni, rusutløste psykoser, pasienter med alvorlig anoreksi og andre som ikke evner å ta ansvar for eget liv, i en periode der de fungerer svært dårlig. De fleste av disse pasientene vil oppfylle kriteriene for tvungent psykisk helsevern, selv om noen vil ha sykdomsinnsikt og beslutningskompetanse.

Men kan da velge mellom å bygge ut med enda flere sykehussenger, eller å etablere «overgangsboliger» mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, se NOU 2025:2. Vi mener det er behov for begge disse typene døgnplasser.

- Vi anbefaler at det etableres «overgangsboliger», i form av små institusjoner med plass til mellom 8 og 15 pasienter. Dette vil da være boliger som må være døgnbemannet, og ha som hovedformål psykiatrisk rehabilitering der målsettingen er at pasienten etter et opphold vil kunne fungere i egen bolig, med vanlig oppfølging fra kommunen og/eller FACT-team og DPS. Slik stabilisering vil ventelig ta

flere måneder etter en akuttinnleggelse. Mange av disse pasientene vil allerede ha en bolig. Men det vil også være noen som har status som bostedsløse, og der det vil være behov for å planlegge egnet bolig.

- I NOU 2025:2 er det anbefalt at slike enheter etableres med utgangspunkt i samhandlingsbevilgninger. Vi mener dette bør finansieres på en annen måte, se *tekst nedenfor om økonomi og administrasjon*.

Det er en ikke uvesentlig gruppe pasienter som nå befinner seg i **sikkerhetspsykiatriske avdelinger**. Flere av disse pasientene har sannsynligvis ikke et ytterligere behandlingsbehov i sykehus, men de er samtidig for impulsive og potensielt utagerende til å kunne overføres til en «vanlig» kommunal bolig. Avstanden mellom de to nivåene er for stor.

- Vi mener at «overgangsboliger» også skal utbygges for disse pasientene. Boligene må da ha en tidshorisont på flere års botid. Vi forutsetter at disse pasientene får en gjennomarbeidet plan for rehabilitering, botrening, rusmestring og livstrening. For at dette skal være mulig, må psykiatriens tvangsmidler også kunne anvendes.

### **Vi trenger en sammenhengende psykiatriforvaltning**

For å oppnå de resultatene vi mener er påkrevet, anbefaler vi at psykisk helsevern «klippes ut» av helseforetakene, og at man i stedet etablerer en sammenhengende psykiatriforvaltning, fra ministernivå til overgangsboliger og ambulant psykiatri. I alle årene etter 2000 har virkeligheten vist at psykiatrien alltid taper i prioriteringsdiskusjonene med somatiske helsetjenester. Dette skjer på tross av utallige og utvetydige politiske signaler til foretakene om styrking av psykiatriske tjenester, gjerne ledsaget av ordene «prioritering av dem som sitter nederst ved det helsepolitiske bordet». Årsaken er blant annet somatiske sykdommers høyere status, og mange av de somatiske sykdomskategoriens svært sterke interesseorganisasjoner, som fører til at psykiatrien går på stadige nederlag.

Vi ser også at Stortinget må bevilge penger til i *mange* nye døgnbehandlingsplasser. Det er også inadekvat å legge antall døgnplasser

fra 2023 til grunn for den planlagte opptrappingen, dersom vi forholder oss til prognosene for populasjonsutvikling mot 2040.

Norge trenger å øke antallet sykehussenger med minst 50 % innen 2040. Det samme gjelder behovet for etablering av overgangsboliger. Vi tror ikke samhandlingsarenaer og helseforetak vil make å bygge ut dette.

Det bør ikke være noen administrativ eller økonomisk forskjell på hvorledes man organiserer behandlingen av pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern, og andre alvorlig sinnslidende pasienter med eller uten aggresjon og rus. Bortsett fra dette gjelder at for de dømte må statsadvokat eller domstol bestemme når reaksjonen opphører, og derved når det psykiske helseverns spesielle ansvar for samfunnsvernet erstattes med det ansvar helsevernet for øvrig har for pasienter med voldsproblematikk.

- Vi mener at en forvaltningslinje med ansvar for all heldøgnsbemannet psykiatrisk behandling bør etableres som egen spesialisthelsetjeneste, Dette må gjerne skje ved etablering av en egen avdeling i Helsedirektoratet, for psykisk helsevern og eventuelt omsorg for psykisk utviklingshemming.
- Vi mener at forvaltning av relevant kompetanse og tvangshjemler er en spesialisthelsetjeneste, og at kommunene ikke bør få utvidet sine tvangshjemler i pasient- og brukerrettighetsloven eller i helse- og omsorgstjenesteloven.

*Den psykiatriske helselinjen vil måtte ha ansvar for følgende funksjoner:*

**Akuttpsykiatriske avdelinger**, hvor liggetiden økes slik at pasienten får en fullstendig psykiatrisk utredning ved innleggelse, og ikke bare får en kriseintervensjon. Eldre pasienter bør fortrinnsvis legges inn akutt på **alderspsykiatrisk avdeling**.

Etter diagnostikk må noen pasienter kunne henvises til **rehabiliteringsavdeling** dersom de trenger 3-6 måneders rehabilitering. Det vil også være behov for overføringer til **sikkerhetsavdelinger**, overføring til **ROP-poster** (rus og psykiatri) og **avdeling for spiseforstyrrelser**.

I tillegg må det være tilgjengelig mulighet til overføring til **stabilisering**, **botrening** og **miljøterapi** for pasienter som er i behov av dette, for å kunne

klare seg autonomt i kommunen i fremtiden. Også pasienter fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger eller ROP-post bør kunne sluses ut til **overgangsboliger**. Opphold ved slike enheter bør vare fra et halvt år til mange år. Institusjonene må defineres som helseinstitusjoner, ikke bare boliger. De må bemannes med sykepleiere, vernepleiere og andre med relevant miljøterapeutisk kompetanse, og bli faglig ledet av psykiater og psykolog.

Det psykiske helsevern er også ansvarlig for **DPS-ene** som må tilby **poliklinisk oppfølging** av pasienter som klarer seg hjemme, men trenger kvalifisert utredning og oppfølging. Det må etableres og utvikles flere **FACT-team** som kan følge opp hjemmeboende pasienter. I dag skjer slik oppfølging bare på dagtid opp til fem dager i uken. FACT-teamene bør utvides slik at flere hjemmebesøk kan arrangeres, og slik at man kan få spesialiserte FACT-team som **FACT-ung** og **FACT-sikkerhet**.

- Vi mener at ressursene blir best utnyttet dersom *en* linje har ansvar for døgnomsorg og spesialisthelsetjenestens polikliniske og ambulante tjenester. Mangel på døgnomsorg/bolig er en vesentlig grunn til at psykiatriske behandling ikke hjelper pasientene til optimal fungering.
- Vi finner det rimelig at pårørende og kommunene blir avlastet omsorg for svært syke psykiatriske pasienter som er i behov av døgnopphold og miljøterapi, og som ikke kan samtykke til slik nødvendig helsehjelp

Etablering av overgangsboliger kan synes svært ressurskrevende. Vi vil påpeke at innbyggerne dette er aktuelt for, allerede i hovedsak bor i kommunale boliger. Utfordringen blir å etablere boliger med et innhold som kan være terapeutisk, og hjelpe beboer til bedre livsmestring. Det er i dag et stort udekket behov for slike boliger.

Kommunale og private leverandører drifter ulike typer boliger med heldøgnsbemanning. Vi ser det som en utfordring at disse omsorgstiltakene, som har sterkt varierende kvalitet, ikke ansees som helseinstitusjoner, men som boliger. I prinsippet er alt basert på frivillighet,

mens realiteten er at beboerne ofte ikke er beslutningskompetente. Det innebærer at det ikke er en organisert rettssikkerhet for beboerne.

Her er det relevant å trekke en parallell til barnevernet. I barnevernet finnes det både statlige, kommunale og private barnevernsinstitusjoner, med tilhørende regelverk og tilsynsrutiner. På samme vis kunne man gjøre om dagens bemannede boliger («voksenverninstitusjoner»), ved å profesjonalisere og regulere omsorgen slik at pasient/beboer kan gis optimal omsorg, ikke bare «oppbevaring».

I dag finnes det noen private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst og leverer psykiatrisk omsorg og oppfølging på spesialisthelsetjenestenivå. Et eksempel på dette er Furukollen psykiatriske senter i Årnes. Her kan pasienter, som også er under tvangsbehandling, bosettes ved enkelte avdelinger og bli fulgt opp av psykiater i bolig. Det finnes også eksempler på tilsvarende i andre helseforetak. Det er likevel så vidt vi vet ingen samlet oversikt over hva som finnes på landsbasis. Flere andre slike private tiltak vil kunne oppgraderes til denne typen helseinstitusjoner.

- Det bør utredes hvorledes eksisterende små institusjoner best kan organiseres, bemannes, administreres, finansieres og juridisk reguleres, slik at de kan yte sammenhengende god miljøterapeutisk behandling innenfor et regelverk som også fokuserer på pasientenes rettigheter og rettssikkerhet.

### **Konsekvenser for personalbehov**

Det blir ofte sagt at vi i Norge vil slippe opp for kvalifisert personale, før vi slipper opp for penger. Dersom dette er tilfelle, gjelder det å innrette helsetjenestene slik at fagpersoner ønsker å arbeide med de sykeste pasientene. Vi mener at god psykiatrisk behandling i stor grad dreier seg om å skape meningsfulle relasjoner for pasienter som ikke evner å relatere seg til omverdenen på en hensiktsmessig måte. Å skape slike relasjoner for denne pasientgruppen, får ikke helsepersonell anledning til hvis vi fortsetter med akutt svingdørpsykiatri, og dersom vi ikke har mulighet til å følge opp de sykeste - som selv ikke makter å ivareta sine behandlingsbehov.

Vi er naturligvis oppmerksomme på at IKT-baserte hjelpemidler vil være viktige i fremtidens sykehus. Vi mener likevel at behandling av relasjonsevne og realitetsbrist ikke kan erstattes av KI. På den annen side kan helsepersonell bli avlastet for en del av dokumentasjonskrav gjennom bruk av KI. Dette vil kunne frigjøre tid til å være sammen med pasienter, og gjøre det være mer attraktivt å arbeide i feltet.

I dag brukes en uforholdsmessig stor del av psykiateres arbeidstid på rapporter, vedtak og administrative rutiner (rapportert til mellom 60 og 70 % av arbeidstiden). Dette er ikke det fagfolkene utdannet seg til. Det er også arbeidskrevende å stadig skrive pasienter inn og ut. Kan det skapes stabilitet i pasientbehandlingen, vil det gi bedre resultater for pasientene, og det vil være mer givende for de ansatte.

Vi har en god dekning av psykiatere og psykologer i Norge i dag. Utfordringen er å legge forholdene til legges for at disse skal ønske å arbeide med de sykeste pasientene.

- Vi mener at den faglige forståelse av psykiatrisk behandling er basert på forståelse av relasjoner, og hvordan svært syke mennesker ikke evner normal adferd og relasjoner som ivaretar deres egne behov. Dette krever reelle fagpersoner, ikke KI. Vi mener at både pasienter og personale vil ha gevinst av lengre behandlingsforløp i kvalitativt gode institusjoner tilpasset pasientenes behov. Da vil vi også rekruttere gode fagfolk.

## **Sluttord**

Psykiatri handler om å hjelpe medmennesker til å mestre sitt forhold til medmennesker og til samfunnet. Til dette trengs det tid, til å bygge tillit mellom pasient og behandlere.

Det finnes ingen ”quick fix” i psykiatrien. Det er denne realiteten denne delen av velferdsstaten må organiseres etter, dersom vi ikke ønsker å fortsette den nedadgående spiralen som døgnbasert psykiatrisk behandling i Norge nå er inne i.

## Vedlegg 1:

### **Early detection, early symptom progression and symptomatic remission after ten years in a first episode of psychosis study**

[Wenche Ten Velden Hegelstad<sup>1</sup>](#), [Ulrik Haahr](#), [Tor K Larsen](#), [Bjørn Auestad](#), [Helene Barder](#), [Julie Evensen](#), [Inge Joa](#), [Jan O Johannessen](#), [Johannes Langeveld](#), [Ingrid Melle](#), [Stein Opjordsmoen](#), [Jan Ivar Rossberg](#), [Bjørn Rishovd Rund](#), [Erik Simonsen](#), [Per Vaglum](#), [Thomas McGlashan](#), [Svein Friis](#)

#### Abstract

**Background:** Poor symptom outcome remains a challenge in psychosis: At least 50% of first-episode patients continue to have positive and/or negative symptoms after ten years.

**Objective:** To investigate rates, early predictors and early symptom progression of long-term non-remitted psychosis in an early detection study.

**Methods:** Symptomatic remission according to new international criteria was assessed in 174 patients at ten-year follow-up. Remitted and non-remitted patients were compared on early symptom progression, and logistic regression was applied to predict non-remission.

**Results:** At ten years, 50% of patients were in symptomatic remission. Non-remission was predicted by positive symptoms at inclusion and during the first year of treatment. Of individual symptoms only hallucinations were significantly predictive of ten-year non-remission. Early symptom differences were not reflected by differences in treatment.

**Conclusions:** Long-term symptomatic non-remission is associated with early positive symptoms. More assertive intervention may be needed in patients who do not respond robustly in the first year of treatment, whether or not they have been detected "early".

Copyright © 2012 Elsevier B.V. All rights reserved.

## Vedlegg 2:

### **The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies**

[Ida-Marie Molstrom<sup>1</sup>](#), [Julie Nordgaard<sup>2</sup>](#), [Annick Urfer-Parnas<sup>2</sup>](#), [Rasmus Handest<sup>3</sup>](#), [Jonas Berge<sup>4</sup>](#), [Mads Gram Henriksen<sup>5</sup>](#)

#### Free article

#### Abstract

**Objective:** The aim was to examine the general outcome of schizophrenia after 20 years or more.

**Methods:** Using the PRISMA guidelines, we conducted a systematic review and meta-analysis with meta-regression on long-term follow-up studies of schizophrenia up until April 21, 2021. We included prospective studies with at least 20 years of follow-up on

patients with a diagnosis of schizophrenia, and the studies had to include face-to-face clinical evaluation. We examined outcome in three nested groups: 'recovery', 'good or better' (including also 'recovery'), and 'moderate or better' (including also 'recovery' and 'good or better'). We used random-effects meta-analysis and meta-regression to examine mean estimates and possible moderators.

Results: We identified 1089 records, which were screened by two independent researchers. 14 prospective studies (1991 patients) published between 1978 and 2020 were found eligible. The studies used a range of different scales and definitions for outcome, and some used the same definitions for different outcomes. To compare outcome across studies, we designed and applied a unified template for outcome definitions and cutoffs, based on earlier studies' recommendations. Our meta-analysis found that 24.2 % had 'recovered' (n = 246, CI: 20.3-28.0 %), 35.5 % had a 'good or better' outcome (n = 766, CI: 26.0-45.0%), and 59.7% had 'moderate or better' outcome (n = 1139, CI: 49.3-70.1 %).

**Conclusions: The results contribute to debunk the myth that schizophrenia inevitably has a deteriorating course. Recovery is certainly possible. Schizophrenia remains, however, a severe and complex mental disorder, exhibiting a limited change in prognosis despite >100 years of research and efforts to improve treatment.**

Keywords: Longitudinal; Outcome; Psychosis; Recovery; Schizophreniform.

Copyright © 2022 The Authors. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.