

Notat om konsekvenser ved reduksjon av økonomisk tilskudd til RS

- 1. Bakgrunn for RS – inklusiv Stortingsmelding**
- 2. Inntakskriterier – alvorlighetsgrad**
- 3. Data om innleggelse**
 - Etter geografi
 - Strafferettslige særreaksjoner:
 - o Dømte til beh
 - o Dømte til forvaring
- 4. Om antall plasser i sikkerhetspsykiatrien/Kapasitetsproblemer**
- 5. RS som kompetansesenter**
- 6. Vår betydning for rettsapparatet – dvs. Fengsel/Kriminalomsorgen**
- 7. Hva skjer hvis vi mister 12 mill kr.**
- 8. Oppsummering**

1. Bakgrunn for Regional Sikkerhetsenhet (RS)

I 1895 ble det såkalte Kriminalasylet opprettet utenfor Trondheim med det siktemål å ha innlagt farlige sinnssyke som hadde utført alvorlige forbrytelser. I 1923 ble det på samme sted opprettet en avdeling for ikke-kriminelle, men særlig vanskelige og/eller farlige psykiatriske pasienter, kalt Reitgjerdet sykehus. I 1962 opphørte Kriminalasylet som egen enhet og ble lagt inn under Reitgjerdet sykehus.

Fra slutten av 1970-tallet ble det økende negativ offentlig oppmerksomhet omkring dette sykehuset. Etter at en offentlig granskingskommisjon hadde kommet med sterkt kritiske vurderinger av forholdene i 1980, vedtok Stortinget i 1982 at sykehuset skulle nedlegges over en periode frem til 1987. I oppfølgingen av dette ble det etablert avdelinger for særlig vanskelige og/eller farlige psykiatriske pasienter rundt i landet. I årene som fulgte ble det opprettet tre avdelinger med regionale oppgaver, henholdsvis ved Oslo (Dikemark), i Bergen og ved Trondheim (fra juli 1987 på Reitgjerdet med nytt navn, Brøset).

Det eksisterer nå tre regionale og 17 fylkesdekkende avdelinger i landet. Alle fylker er dekket. Sikkerhetsavdelingene er en del av det generelle psykiatritilbudet og er følgelig også harmonisert til reformen gjeldende fra 2002 med statlig eide helseforetak.

2. Inntakskriterier – alvorlighetsgrad

Fra Stortingsmelding nr.25 (1996/97): Åpenhet og helhet:

Det skal være følgende typer avdelinger for særlig krevende pasienter.

Forsterkede allmennpsykiatriske avdelinger

Fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger

Regionale sikkerhetsavdelinger

Målsetting:

Sikkerhetsavdelingen har til oppgave å gi adekvat psykiatrisk behandling til alvorlig sinnslidende pasienter som i tillegg fyller farlighetskriterier. Gjennom fysisk utforming, faglig bemanning og arbeidsform skal spesialavdelingen gi mulighet for å mestre pasienter i slike faser av deres alvorlige sinnslidelse.

Avdelingen skal gjennomføre nødvendig behandling og sette pasientene i stand til å fungere på et lavere omsorgsnivå

Regionsoppgaver skal være:

Faglig kompetanseoppbygging i form av utdanning/etterutdanning, forskning og evaluering av virksomheten

Diagnostisk utredning med særlig vekt på farlighetsvurdering for spesielle pasienter

Gi evaluering og rettledning til andre institusjoner med hensyn på evaluering av farlighet, samt håndtering av vanskelig adferd

Kriterier for inntak og behandling i en **regional avdeling** er at pasientene har en alvorlig psykisk lidelse og at de i tillegg blir vurdert til å være særlig vanskelige/farlige. En annen definisjon på en regional pasient, er en pasient som en lokal sikkerhetsavdeling ikke takler, mens en **fylkesdekkende enhet** behandler pasienter hvor farlighetskriteriet er nedtonet, men hvor vanskelig adferd er mer fremtredende i sykdomsbildet/ problemstillingen.

Mhp. farlighet (Psykiater Robak i Robak-rapporten):

Det må foreligge en tydelig påvisbar farlighet, demonstrert ved minst en handling. Farligheten må innebære en reell trussel om fysisk vold rettet mot andre mennesker (medpasienter, personale, mennesker ute i samfunnet).

Verbale trusler og destruktiv adferd rettet mot døde gjenstander gir ikke grunnlag alene for å betegne en person som farlig.

Mens **vanskelig** henspiller på:

Dette må bare gi sekundær betydning. Bare dersom en person i tillegg til farlighet også må karakteriseres som vanskelig, bør dette vektlegges. Ingen person må plasseres i særomsorg eller underkastes særlige tiltak bare fordi han er vanskelig.

Om **farligheten** gjelder videre at:

Farlighetsgraden må være gjenstand for løpende vurdering, og det må være en aktuelle farlighetsgrad som avgjør de aktuelle tiltakene.

For den **regionale enheten** er oppgavene bl.a:

Gi behandling til pasienter i regionen som fyller kriteriene.

Sikre beredskap for de psykiatriske sykehus i regionen.

Sikre beredskap/gi tilbud til Bergen Fengsel.

Motta pasienter til obs og vurdering/ evt. på stedet.

Inntakskriteriene er:

Farlighetskriteriene må være oppfylt.

Sykdommen og farligheten må forventes å vare i lengre tid fremover.

Pasienten fyller kriteriene for innleggelse til tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevern-loven).

3. Data om innleggelse

Tabellen viser bruk av liggedøgn ved RS fra Sogn og Fjordane og Rogaland fra og med år 2000 til 10. nov. 2005:

Tilhørighet	TOTALT	ÅRSPLASSER
R	3997	10,95
SF	880	2,41
Gjestepas	131	0,36
Sum	5008	13.72

Totalt i perioden ble forbrukt 22789 liggedøgn, dette betyr 105,16% belegg, i forhold til 58,6 årsplasser (5,86 år pr. d.d). Det kan nevnes at noen av de mer vanskelige pasienter vi har hatt har kommet fra Rogaland.

Ad RS. 10 plasser.

Beleggsprosent ved RS fra år 2000:

År	Beleggsprosent RS	Beleggsprosent LS
2000	114,13 %	102,05 %
2001	108,49 %	109,81 %
2002	101,26 %	104,63 %
2003	96,47 %	100,90 %
2004	114,43 %	104,86 %
2005	103,41 %	111,02 %

Tabellen viser at det stort sett har vært overbelegg i enhetene. Noe av grunnen til dette skyldes at det er store vansker knyttet til å få pasienter utskrevet til/videreført i systemet.

De senere år er dette dekket med 1 til 2 pasienter fra Rogaland og 1 til 2 pasienter fra Sogn og Fjordane, dvs. at behovet utenfor fylket har ligget omkring 3 pasienter.

Ut fra folketall hvis en ikke regner storbyfaktor, skulle Rogaland ha 42%, Sogn og Fjordane 11% og Hordaland 47% av belegget.

Det medfører at Sogn og Fjordane i senere år har fylt sin kvote, men at Rogaland ligger på noe under 50 % av sin kvote. For eksempel 2004 har Rogaland belagt 2 plasser gjennom hele året, Sogn og Fjordane med 0,8 årsplass. For 2005 har Rogaland forbrukt 1,5 plass i året til nå, Sogn og Fjordane likeså.

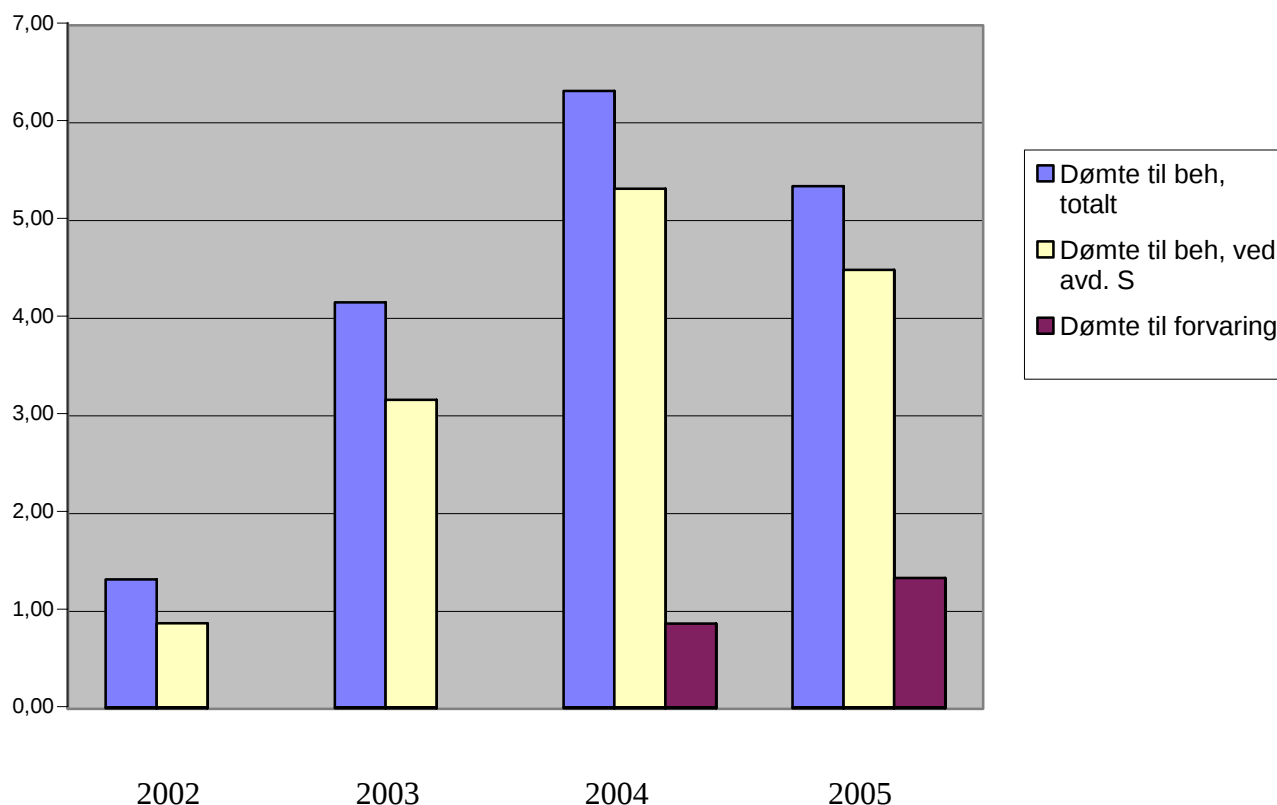
- **Strafferettslige særreaksjoner: Dømte til behandling og forvaring**

I tabellen og figuren nedenfor vises forbrukte liggedøgn i avd. S siden særreaksjonene trådte i kraft, både med antall liggedøgn pr. år, og antall årsplasser (=liggedøgn/365). Tallene for 2005 er pr. 9. nov. 2005. Det kan vises at frekvensen av særreaksjonsdømte til behandling er særlig høy i Helse Vest enn i de fleste andre helseforetakene. Tallene nedenfor viser at forbruk av sengeplasser for disse pasientene har vist en jevn stigning fra særreaksjonene ble innført i 2002. Bemerkelsesverdig er og andelen forvaringsdømte som har belagt sikkerhetsavdelingens plasser, også her ses en økende tendens. De forvaringsdømte som har blitt innlagt har alle blitt innlagt i RS.

	Dømte til beh liggedøgn	Dømte til beh årsplass	Dømte til forvaring liggedøgn	Dømte til forvaring årsplass
2002	315	0,86		
2003	1149	3,15		
2004	1939	5,31	314	0,86
2005	1635	4,48	484	1,33

Tallene vist grafisk pr. år, fra år 2002 til år 2005 (pr. 9. nov):

Fordeling antall liggeår av dømte til strafferettslige særreaksjoner



De forvaringsdømte er innsatte fra Ila, som har trengt innleggelse i psykiatrisk sykehus. Det må påpekes at dette nok ikke var forventet i så stor grad. Vår erfaring er videre at noen av disse pasientene har trengt langvarig opphold i den regionale avdelingen.

4. Om antall plasser i sikkerhetspsykiatrien/Kapasitetsproblemer

I en rapport: Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005, ved Ellen Kjelsberg og Pål Hartvig hitsettes: *I 1997 var det 157 behandlingsplasser i norsk sikkerhetspsykiatri. Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse (heretter kalt Opptrappingsplanen), sa at det i perioden 1998-2006 skulle opprettes 160 nye plasser for personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Hvis disse skulle opprettes i sikkerhetspsykiatrien, noe som kan virke som den mest rasjonelle plassering av denne tilveksten, skulle man i 2006 ha kommet opp i til sammen 317 sikkerhetspsykiatriske plasser i landet. I en registrering pr. mai 2005 er det 229 plasser. Hvis man regner med at de 30 nye plassene nevnt i direktoratets brev av 17.03.05 blir etablert i 2006, vil man da være oppe i 259 plasser. Dersom det ovenstående resonnement er riktig, vil man altså likevel kun oppnå en plassdekning på 82 % av det Opptrappingsplanen forutsetter.*

Den regionale enhet har høyt press på sine plasser. Særlig fordi en ikke får til en tilfredsstillende pasientsirkulasjon. Dette skyldes i sterk grad problemer med å få pasientene videre i systemet. Det gjelder altså hele kjeden, fra regionale sikkerhetsavdelinger via den fylkesdekkende til allmennpsykiatri, allmennhelsetjeneste og kommunal omsorg. En kan se på det hele som ”dominoeffekt”. Når det gjelder kapasiteten i allmennpsykiatrien, har det stor betydning. Kapasitetsproblemene i allmennpsykiatrien viser seg både i form av at den har vansker med å motta pasienter fra sikkerhetspsykiatrien og ved at den har behov for innleggelser i sikkerhetspsykiatrisk avdeling på grunn av egen sviktende evne til kontroll av enkelte pasienter.

Rapporten er laget på anmodning fra Sosial- og Helsedirektoratet i brev av 17.03.05 i forbindelse med at det i Statsbudsjettet for 2005(Stortingsproposisjon nr. 1, 2004-2005) er foreslått 30 nye sengeplasser innen sikkerhetspsykiatrien.

Slik vi ser det må botemidlet for kapasitetsproblemene ved RS være en økning av antallet plasser i selve sikkerhetspsykiatrien. Dette fordi våre nå årelange erfaringer ikke til nå har sett at rehabiliteringskapasiteten i psykiatrien og de kommunale tilbudene for slike pasienter har bedret seg. Snarere tvert imot, der er kanskje mer enn før motstand mot å få overført pasientene videre i systemet. I særlig grad har vi sett dette når pasienten er dømt til behandling. Vi ser derfor heller behov for en egenstyrt kjede fra sikkerhetspsykiatrien ut i samfunnet, altså en slags særomsorgsdel. I noen fylker har dette vært utprøvd med hell gjennom en del år.

Kapasiteten i et sengebasert sykehussystem kan måles ut fra to dimensjoner, henholdsvis eksisterende antall behandlingsplasser og bemanningen i forhold til disse plassene. Mht kapasitetsproblemer har vi ved avd. S hatt til dels store problemer både med kapasitet og pasientsirkulasjon, dette selv uten planer om plassreduksjoner. Det gjelder både for vår Regional sikkerhetsenhet og den fylkesdekkende enhet Et forhold av betydning kan være at vi ligger i et folkerikt fylke med uttalte urbane problemer og relativt sett få sikkerhetsplasser i forhold til dette. Problemene er særlig knyttet til videreføring til lavere sikkerhetsnivå.

Sitat Kjelsberg: *Dette synes å være særdeles lite i overensstemmelse med ”Opptrappingsplanens” ånd, og er et eksempel på kollisjon mellom sentrale føringer og disposisjoner innen helseforetakene.*

I brevet fra Sosial- og helsedirektoratet ble det spesielt bedt om en oversikt over *statsborgerskap, etnisk tilhørighet og språkkunnskaper* blant norske sikkerhetspsykiatriske pasienter.

Mens om lag 4,6 % av den norske befolkning har utenlandsk statsborgerskap, er andelen i norske sikkerhetsavdelinger 5,8 %.

I alt 15 % av pasientene i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger har ikke-norsk etnisk bakgrunn. Til sammenligning kan nevnes at på landsbasis har om lag 8 % av befolkningen innvandringsbakgrunn (definert som personer med to utenlandsfødte foreldre). Det er en overrepresentasjon av pasienter med ikke-norsk etnisitet i regionale i forhold til i fylkesdekkende avdelinger. Andelen med ikke-norsk etnisk bakgrunn varierer også mellom regionene. Den regionale sikkerhetsavdelingen for Helseregion Vest har 30 % med ikke-norsk bakgrunn.

Sitat fra Kjelsberg-rapporten: *Kapasitetsproblemene i landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger synes å variere markert fra fylke til fylke og fra region til region. Når man nå står foran en vesentlig utvidelse av antallet sikkerhetspsykiatriske behandlingsplasser er det viktig å ta tilbørlig hensyn til slike regionale og fylkesvise forskjeller.*

Man sliter med å få til en tilfredsstillende pasientsirkulasjon. Mye av kapasitetsproblemene i sikkerhetspsykiatrien kunne antakelig avhjelpes ved en styrking av resten av behandlingsskjeden, inkludert allmennpsykiatrien, allmennhelsetjenesten og den kommunale omsorgen. Det er viktig med tilstrekkelig faglig støtte og deltakelse fra spesialistnivå til den kommunale omsorgen som blir tillagt så kompliserte oppgaver.

Det er en overhyppighet av pasienter med ikke-norsk etnisitet i forhold til befolkningen forøvrig. Dette forhold gjør seg særlig gjeldende i de regionale avdelingene og Oslos fylkesdekkende avdeling. Tilhørende språkproblemer kan medføre behov for økte ressurser.

Når det gjelder pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern er det viktig å følge utviklingen nøye. Det knytter seg endel usikkerhet både til hvor mange som kommer til å få slik dom og hvor i behandlingsskjeden de skal plasseres, initialt og på sikt.

I alle kapasitetsberegninger må det tas hensyn til at det antakelig alltid vil være en liten gruppe pasienter som vil ha behov for meget langvarig opphold på høyt til meget høyt sikkerhetsnivå.

5. RS som kompetansesenter

Fra Stortingsmelding nr.25 (1996/97): Åpenhet og helhet hitsettes:

Det foreslåes etablering av tre fullt utbygde kompetansesentre ved regionale sikkerhetsavdelinger,... . Kompetansesenteret skal bidra til å styrke kompetansen i psykisk helsevern når det gjelder behandling av pasienter med alvorlig sinnslidelse, herunder voldsutøvelse, sedelighets-forbrytelse og seksualisert vold.

Det er å merke seg at Stortingsmeldingen her uttrykker et behov som har vært uttrykt fra 80-tallet, da desentraliseringen av de regionale avdelingene ble gjennomført. Det ble i alle forarbeider påpekt det vesentlige behov der var for oppbygging av kompetanse på feltet, men det var først i kjølvannet av Stortingsmelding 25 (96/97) at det ble grepet fatt i dette.

Oppbygging av kompetansesenteret har vært gjennomført i særlig nær kontakt med Sosial- og Helsedirektoratet.

Kort om den grunnleggende profil vi har satt for vårt kompetansesenter:

Den faglige profilen har vært:

Kompetanse må ligge på universitetsnivå

Tverrfakultets samarbeid

Medisinsk fakultet

Psykologisk fakultet

Juridisk fakultet

Utenlandske kontakter

Universitet

Fengselshelsetjeneste

Kompetansesenteret har hatt stor betydning for oppbygging av kompetanse i alt arbeidet ved den regionale sikkerhetsavdelingen, det være seg ang. risikovurderingsmetodikk, farlighetsvurderinger, kunnskap om psykopati, fengselspsykiatri og rettspsykiatri.

6. Vår betydning for rettsapparatet – dvs. Fengsel/Kriminalomsorgen

Det vises til brev fra regionsdirektør Per Sigurd Våge og assisterende regionsdirektør Leif Waage om betydningen av at avdelingens kompetanse opprettholdes og videreføres.

7. Hva skjer hvis vi mister 12 mill kr.

1. Dersom Regional Sikkerhetsenhet skal redusere 12 millioner kroner fra budsjettet så vil dette i praksis bety avvikling av regional sikkerhetsenhet og reduksjon av antall plasser ved avdelingen.
2. Nasjonalt innebærer dette brudd på premissene som er lagt til grunn i stortingsmelding 25, helseregion 3 vil stå uten regional sikkerhetsavdeling og vil måtte kjøpe disse tjenestene fra Brøset og Dikemark.
3. Arbeidstilsynet ved inspektør Roar Nese opplyser at arbeidsgiver vil måtte utarbeide en risikoanalyse for å dokumentere at eventuell drift av avdelingen kan finne sted på en forsvarlig måte til tross for en halvering av budsjettet.

Mer spesifisert:

Fakta om Avdeling for Sikkerhet i dag:	Konsekvenser av å avvikle Regional Sikkerhetsenhet.
Avdelingen tar imot og håndterer noen av de farligste pasientene sikkerhetspsykiatrien i Norge kjenner til.	Avdelingen har ikke lenger kapasitet til å ta pasienter på regionalt nivå. Disse må til Brøset/Dikemark og RHF Vest vil måtte betale for disse plassene.
Avdelingen tar innleggelser fra Ila, dvs. personer som har forvaringsdom.	Avdelingen har ikke lenger kapasitet til å ta pasienter på regionalt nivå. Disse må til Brøset/Dikemark og RHF Vest vil måtte betale for disse plassene.
Avdelingen tar imot personer dømt til behandling.	Avdelingen har ikke lenger kapasitet til å ta pasienter på regionalt nivå. Disse må til Brøset/Dikemark og RHF Vest vil måtte betale for disse plassene.
Avdelingen tar pasienter fra regionen som vurderes som regionale pasienter.	Avdelingen har ikke lenger kapasitet til å ta pasienter på regionalt nivå. Disse må til Brøset/Dikemark og RHF Vest vil måtte betale for disse plassene.
Avdelingen tar imot innsatte fra Bergen fengsel.	Avdelingen har ikke lenger kapasitet til å ta pasienter på regionalt nivå. Disse må til Brøset/Dikemark og

Avdelingen driver opplæring i risikovurdering i regionen.	RHF Vest vil måtte betale for disse plassene.
Avdelingen driver opplæring i konflikthåndtering i regionen.	Avdelingen har ikke kapasitet til å drive slik opplæring.
Avdelingen gjør risikovurderinger av pasienter i regionen.	Avdelingen har ikke kapasitet til å drive slik opplæring.
Avdelingen har utviklet et program for opplæring, samt manual for konflikthåndterings trening. Vårt program brukes også i Sverige.	Avdelingen har ikke kapasitet til å drive slik aktivitet.
	Avdelingen har ikke kapasitet til å drive slikt utviklingsarbeide.

8. Oppsummering

Det er i Statsbudsjettet for 2005(Stortingsproposisjon nr. 1, 2004-2005) foreslått 30 nye sengeplasser innen sikkerhetspsykiatrien.

En regional avdeling skal ivareta og håndtere farlige psykiatriske pasienter. I forhold til andre avdelinger, er det de mest farlige, de mest krevende psykiatriske pasienter som skal håndteres, gies pleie og behandling, innenfor sikre rammer. Dette er klart staket ut i Stortingsmelding nr. 25 (1996/97).

Betegnelsen regional avdeling henspiller i denne sammenheng derfor mer til alvorlighets grad av farlighet enn egentlig geografisk likefordeling. De pasienter som kvalifiserer til (oppfyller inntakskriteriene for) innleggelse ved den regionale sikkerhetsenheten må ha en særlig høy grad av vedvarende farlighet. Slike pasienter er ikke mange, det blir derfor ikke alltid slik at de innlagte pasientene hele tiden er representert forholdsmessig etter fordelingen av folketall i de tre fylkene vår region er sammensatt av. Hovedidéen må være at de til enhver tid farligste skal være innlagt den regionale sikkerhetsavdelingen, nærmest uavhengig av hvor i regionen pasienten er hjemmehørende. En geografisk fordelingsnøkkel på pasientgruppen ville kunne blokkere for inntak av virkelig farlige pasienter med mindre farlige pasienter. Det må bli feil. På den annen side er det viktig at der er sikret tilstrekkelig pasientflyt slik at det er mulig å ta inn pasienter med slik høy grad av farlighet/voldelighet, hvor enn de er hjemmehørende i regionen. Pasientflyt har vist seg særlig vanskelig i vår region.

Som den økende voldsutvikling i samfunnet, ser vi og en eskalering av enkelte av de psykiatriske pasienter. Noen av disse, som vi har hatt ved vår avdeling, har vi i tråd med dette, kalt **ekstrempasienter**. Karakteristisk for disse er at de har en eller flere alvorlige personlighetsforstyrrelser (ex. Dyssosial personlighetsforstyrrelse), rusbruken deres har i tillegg til "vanlige" rusmidler som hasj/amfetamin også inkludert anabole steroider. Det er velkjent at bruk av anabole steroider kan føre til en særlig eksplosiv aggressivitet med tilsvarende alvorlig voldsadferd. Dette kan dreie seg om særlig alvorlige trusler/drapstrusler mot personalet, samt om direkte fysisk angrep på personalet. Det har i de senere år være flere tilfeller hvor avdelingen har måttet anmelde og bedt om fengsling av slike pasienter. Andre ganger har vi måttet ty til et samarbeid med de to andre regionale avdelinger i landet, for at vi kan avlaste hverandres avdelinger for særlig krevende pasienter.

Ekstrempasienter må møtes av en velfungerende avdeling som har innarbeidete rutiner.

Det byr på store problemer/utfordringer for vårt personale å håndtere slike pasienter over tid. Hele avdelingens samlede kompetanse, dvs. miljøpersonalets sammen med behandlerstaben settes på store prøver; særlig er belastningen stor for miljøpersonalet. Her har det gang på gang vist seg at det er nødvendig at behandlerstaben (særlig psykologer og psykiater) må mobiliseres også med tanke på hvordan personalet kan makte å stå i problemene over tid.

Det må nevnes at RS for tiden er den regionale sikkerhetsavdeling i landet med høyest kontinuitet på beholdersiden. To av psykologene har vært ved avdelingen siden oppstarten av avdelingen i 1989, avdelingsoverlegen siden 1994. Dette har ført til at behandlerstaben har en unik erfaring i arbeidet med de særlig farlige pasientene. I tillegg har vi hatt stor faglig nytte av å ha knyttet til oss en del internasjonale behandlere med topp kompetanse, disse besøker oss jevnlig.

For tiden er det ikke slik stilt ved de andre to regionale sikkerhetsavdelingene i landet, der har det vært en mye større grad av gjennomtrekk i behandlerstaben. Ved Brøset går avdelingsoverlegen nå av for aldersgrensen. Undertegnede ser det faktisk slik at det er vår regionalavdeling som for tiden innehar den tyngste kompetansen i feltet i landet.

Våre behandlere er derfor meget etterspurt v/ulike kurs, bl.a. i kurs på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (de såkalte C-kurs). At kompetansen vår er særlig høy, skyldes nok også at

vi har knyttet til oss internasjonale fagfolk, flere av dem via Kompetansesenteret ved avdelingen.

På sentralt hold er det fattet vedtak om nyopprettelse av 30 nye plasser innen sikkerhetspsykiatrien for

Det må sterkt advares mot å rive slik kompetanse ned. Gjøres det, vil det ta årtier å bygge dette opp igjen. Å rive ned en slik opparbeidet kompetanse, vil faktisk være i strid med intensjonen fra Stortingsmelding nr. 25 (96/97) som fremhever at det er nødvendig å øke denne kompetansen, opp på akademisk topp-nivå. Dette har vært fremhevet gang på gang av vår kontakt i Sosial- og Helsedirektoratet (Anne Grethe Kvanvig). Vi ber derfor spesielt at det tas kontakt med Sosial- og Helsedirektoratet før en eventuell beslutning om nedleggelse fattes.