

Psykisk helse

Haugesund kommune, 2022



INNHOOLD

Oppdraget.....	6
Sammendrag	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Hovedfunn	7
1.3 Oversikt	7
1.4 Voldsrisikovurderinger.....	8
1.5 Overføring	8
1.6 Oppfølging.....	9
1.7 Eksternt samarbeid	10
1.8 Internt samarbeid	11
1.9 Forberedelser og kompetanse	12
1.10 Anbefalinger.....	12
2 Kommunedirektørens kommentar	13
3 Innledning.....	13
3.1 Revisjonskriterier	13
3.2 Avgrensning og metode.....	14
3.2.1 Avgrensning	14
3.2.2 Metode.....	15
3.3 Organisering av rapporten	15
4 Utviklingstrekk innen psykiatrien	16
4.1 Innledning	16
4.2 Nedbygging av psykiatrien.....	16
4.3 Reduksjon av tvang i psykiatrien	17
4.4 Psykiatriens paradoks	17
4.5 Mer tvang via dom, mindre tvang fra helsevesenet	17
4.6 Utvikling i antall som dømmes til psykisk helsevern	18

4.7	Hvordan er bildet på Valen sykehus?.....	21
4.8	Tvangens paradoks	22
4.9	Sykdomsforløp ved rask og sen innleggelse	23
4.10	Oppbygging av oppsøkende spesialisthelsetjenester	23
4.10.1	ACT og FACT	23
4.10.2	ACT og FACT i Haugesund	24
5	Oversikt over denne gruppen	27
5.1	Innledning.....	27
5.2	Politiets oversikt	27
5.3	Bør kommunen ha en oversikt?.....	28
5.4	Oppsummering	29
6	Voldsrisikovurderinger.....	29
6.1	Innledning og kriterier	29
6.2	Krevende å anslå når risikoen inntreffer	30
6.3	Ulike typer voldsrisikovurderinger	30
6.4	Deles voldsrisikovurderingene ifm. overføringen?.....	31
6.5	Utarbeider kommunen voldsrisikovurderinger?	33
6.5.1	Vurdering	34
7	Overføring til kommunen	35
7.1	Innledning og kriterier	35
7.2	Overføring fra Valen sykehus	36
7.2.1	Gjennomsnittlig overføringstid er på ett til to år	36
7.2.2	Hvordan foregår selve overføringen?	36
7.2.3	Forskjeller mellom de med dom og de uten dom? .	37
7.3	Overføring fra DPS	38
7.4	Udland om overføringen fra spesialisthelsetjenesten.....	38
7.5	Andre synspunkter på overføringen	38
7.6	Stor overgang for pasientene	39

7.7	Kommunens virkemidler og handlingsrom.....	40
7.8	Vurdering.....	41
8	Oppfølging.....	42
8.1	Revisjonskriterier	42
8.2	Eksempler på oppfølging.....	43
8.3	Botilbud	44
8.4	Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter.....	45
8.5	Udland bofellesskap	47
8.6	Et fragmentert tilbud	48
8.7	Kortvarige repeterende tjenester – til hvilken nytte?	49
8.8	Samtykkekompetanse	50
8.9	Muligheter innenfor gjeldende regelverk.....	52
8.9.1	Tvangsmuligheter.....	52
8.10	- De trenger et bedre ettervern	54
8.11	Vurdering	55
9	Samarbeid med eksterne aktører	56
9.1	Revisjonskriterier	56
9.1.1	Ingen samarbeidsavtale som regulerer samhandlingen rundt disse brukerne	57
9.1.2	Synspunkter på dagens samarbeid	58
9.2	Eksempler på formalisert samarbeid.....	60
9.2.1	Bolig for velferd	60
9.3	Politiets modeller for et tettere samarbeid	60
9.4	IP og ansvarsgruppe	61
9.5	Vurdering.....	62
10	Samordning internt.....	63
10.1	Revisjonskriterier	63
10.2	Ny organisering.....	64

10.3	Synspunkter på samarbeid	64
10.4	Vurdering	65
11	Hvordan rustes hjemmetjenestepersonellet?.....	66
11.1	Innledning	66
11.2	Forberedelser og kompetanse	66
11.3	Oppsummering	67
12	Vedlegg	68
12.1	Datagrunnlag	68
12.1.1	Intervjuer	68
12.1.2	Dokumenter og statistikk	69
12.2	Utleddning av revisjonskriterier om risikovurderinger ..	70
12.3	Organisering	73
12.3.1	Gammel organisering	73
12.3.2	Ny organisering	73

OPPDRAGET

Bestilling:

Kontrollutvalget i Haugesund kommune bestilte 25.01.2022 en forvaltningsrevisjon om psykisk helse.

Formål:

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan kommunen håndterer og følger opp personer med alvorlige psykiske lidelser med økt risiko for å begå voldshandlinger.

Problemstillinger:

- Har kommunen oversikt over antall og identiteten til innbyggere med alvorlige psykiske lidelser med høy risiko for voldsutøvelse?
- Hvordan fungerer overføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i de tilfeller hvor det er gjennomført tvungent psykisk helsevern?
- Hjemmetjenestepersonell for hjemvendte fra psykiatrisk 2.linje. Hvordan rustes de for oppgaven? I hvor stor grad er de opplyst om situasjonen til den de besøker?
- Hvilken oppfølging blir gitt fra kommunen til de med alvorlige psykiske lidelser både før og etter eventuell behandling i spesialisthelsetjenesten?
 - I hvilken grad har kommunen kompetanse til å kunne følge opp disse?
- Hvordan fungerer samarbeidet og koordineringen mellom kommunen og de mest sentrale eksterne aktørene?
- Hvordan fungerer samordningen mellom kommunens ulike tjenester?

Prosjektleder for denne rapporten har vært senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg, med forvaltningsrevisor Frøy Losnedal som prosjektmedarbeider. Rapporten er kvalitetssikret av leder for forvaltningsrevisjon Silje Nygård.

SAMMENDRAG

1.1 BAKGRUNN

Formålet med prosjektet har vært å undersøke hvordan kommunen håndterer og følger opp personer med alvorlige psykiske lidelser med økt risiko for å begå voldshandlinger. Data-grunnlaget består av nøkkeltallsanalyser, dokumentanalyser og intervjuer med en rekke sentrale aktører i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Vi har også intervjuet politiet og representanter for Frelsesarmeens botilbud. Vi vil rette en stor takk til alle som har delt sine kunnskaper og synspunkter med oss.

1.2 HOVEDFUNN

- Haugesund har mange tilbud for personer med rus- og psykiatrilidelser, og gjennomgangen tyder på at tilbudet i kommunen samlet sett er bra.
- Brukere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko motsetter seg ofte hjelp. De shopper tjenester ut fra egne akutte behov fra dag til dag. Derfor blir hjelpen ofte fragmentarisk og lite planmessig
- De ender opp med å bli storforbrukere av tjenester i kommunen, hos politiet og i spesialisthelsetjenesten. Det blir kortvarige inngrep hvert sted, og de blir raskt ført tilbake til den opprinnelige situasjonen, som var utgangspunktet for en innleggelse eller et fengselsopphold
- Terskelen for tvangsbruk er hevet, noe som utfordrer hjelpeapparatet, men det ser ut til å være et uutnyttet handlingsrom innenfor gjeldende regelverk
- Et tettere og bedre samarbeid og en styrking av oppfølgingen i overgangen fra institusjon til kommune ser ut til å være de to viktigste grepene for å kunne følge opp disse brukerne på en bedre måte

1.3 UTVIKLINGSTREKK INNEN PSYKIATRIEN

Antallet døgnplasser innen psykiatrien er drastisk [reduert de siste årene](#). Helsevesenet beveger seg mot redusert bruk av tvang og økt frivillighet, mens flere dømmes til tvungent psykisk helsevern. Rettsvesenet styrer en stadig større del av sengene ved psykiatriske sykehus, noe som går utover andre som trenger et tilbud, og utskrivningspresset er stort. I siste instans betyr dette at kommunene må håndtere en stadig større del av pasientene med begrensede virkemidler.

1.4 OVERSIKT

Verken kommunen eller spesialisthelsetjenesten har en fullstendig oversikt over innbyggere som har alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Anslagene vi får i intervjuene våre, varierer fra ti til sytten personer. **Vi anbefaler** kommune å skaffe oversikt over brukere med psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Dette bør gjøres i samråd med politiet, spesialisthelsetjenesten og relevante aktører fra kommunen.

1.5 VOLDSRISIKOVURDERINGER

Ingen av problemstillinger i prosjektet er direkte knyttet opp mot voldsriskovurderinger. Men de ansattes kunnskaper om voldsrisiko øker forutsetningene for å være godt forberedt i møtet med brukerne, og for å kunne gi en best mulig oppfølging. Derfor har vi behandlet dette som et eget punkt.

Gjennomgangen tyder på at spesialisthelsetjenesten deler voldsriskovurderinger i varierende grad ifm. overføringen til kommunen. Av intervjuene fremgår det at dette ikke alltid skyldes helsepersonellens taushetsplikt. Det ser ut til at både kommuner og statlige aktører har manglende kjennskap til hva som er handlingsrommet mht. taushetsplikt.

Vi anbefaler kommunen å gå dialog med spesialisthelsetjenesten og politiet for å sikre en bedre deling av voldsriskovurderinger.

Kommunen utarbeider heller ikke selv systematiske voldsriskovurderinger. Det bør presiseres at det tidvis gjøres ulike vurderinger i de tjenestene som følger opp brukerne hjemme, men ikke på en systematisk måte, og ikke for alle som kan være aktuelle.

Virksomheten [Hjemmetjenester og korttidsopphold](#) er i gang med å utarbeide voldsriskovurderinger for alle brukerne. Etter vår vurdering er dette et godt grep for å forberede ansatte og for å forebygge uønskede hendelser.

1.6 OVERFØRING

Gjennomgangen tyder på at overføringen fra Valen sykehus til Udland bofelleskap (i kommunen) fungerer meget bra. Ved sykehuset tar de seg god tid til overføringen av enkeltbrukere, og samarbeidet med [Udland bofelleskap](#) ser ut til å fungere godt.

Intervjuene indikerer at overføringen fra Haugaland distriktpsykiatriske senter (DPS) til kommunen ikke fungerer like godt. Dette kan selvsagt skyldes at det er ulike behovsvurderinger som ligger til grunn fra spesialisthelsetjenestens side. Det er grunn til å tro at brukerne som kommer fra Valen gjennomgående vil ha behov for en mer skrittvis og sakte overføring enn de som overføres fra DPS. Dette kan skyldes ulik alvorlighetsgrad, samt at brukerne ofte får oppfølging fra kommunen og DPS parallelt.

Etter vår vurdering bør tilbakemeldingene i intervjuene likevel tas på alvor. **Vi anbefaler** at kommunen går i dialog med DPS for å sikre en best mulig overføring og informasjonsdeling i enkeltsaker.

Den største utfordringen med overføringen ser imidlertid ikke ut til å være samhandlingen i seg selv, men den store overgangen det er for brukere som kommer fra fengsel eller institusjon, og som ønsker minimal oppfølging når de overføres til kommunen. Mange brukere får dermed ikke

en innramming som er i nærheten av det de ville fått institusjon, fengsel eller på Udland. Dermed havner de gjerne tilbake i sitt gamle miljø, og de samme problemene melder seg på nytt.

Dette opplever både kommunen og samarbeidspartnerne som en kjempeutfordring. Et viktig kjennetegn med en del alvorlig psykisk syke mennesker er at de ikke vil ha hjelp, og motsetter seg den hjelpen som tilbys. Det er derfor vanskelig for kommunen å komme i posisjon til å hjelpe. Flere i kommunen mener at spesialisthelsetjenesten ikke forstår at kommunen har begrensede muligheter for å kunne bruke tvang og for å kunne gi brukerne den nødvendige innrammingen.

Dette er etter vår vurdering en betydelig utfordring i forbindelse med overføringen fra spesialisthelsetjenesten. Hvis spesialisthelsetjenesten konkluderer med forhøyet voldsrisiko og forutsetter en oppfølging kommunen ikke har mulighet til å gi, utgjør dette i seg selv en stor risiko. **Vi anbefaler** Haugesund å gå i dialog med spesialisthelsetjenesten for å diskutere kommunens handlingsrom og muligheter for å kunne følge opp forventningene fra spesialisthelsetjenesten.

1.7 OPPFØLGING

Haugesund har mange tilbud for personer med rus- og psykiatrilidelser, og eksterne samarbeidspartnere mener tilbudet i kommunen samlet sett er bra. Det ser ut til at Udland bofelleskap klarer å gi mennesker med en alvorlig psykisk lidelse en god innramming, og at beboerne klarer seg bedre der.

Gjennomgangen tyder imidlertid på at et fåtall av de med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko bor på Udland. De vil ikke underlegge seg reglene og rammene som finnes der. Derfor bor de enten i egen bopel/kommunal leilighet eller på [Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter](#).

Det er likevel en rekke kommunale og statlige aktører som kan gi disse brukerne den nødvendige hjelpen. Problemet er imidlertid at de ofte motsetter det hjelpeapparatet mener er en nødvendig og adekvat oppfølging. I stedet shopper de tjenester ut fra egne akutte behov fra dag til dag. Dermed blir hjelpen ofte fragmentarisk og lite planmessig, og det blir vanskelig for kommunen å holde oversikten over brukerne.

Ifølge hjelpeapparatet er ikke disse brukerne i stand til å ta gode beslutninger som får dem ut av det negative livsløpet, men de har likevel samtykkekompetanse. Dermed havner de inn i en ond sirkel de ikke kommer ut av. De ender opp med å bli storforbrukere av tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten og politiet. Det blir kortvarige inngrep hvert sted, og de blir raskt ført tilbake til den opprinnelige situasjonen, som var utgangspunktet for en innleggelse eller et fengselsopphold. De vil ikke ta imot planmessig hjelp med en viss innramming, og det er en høy terskel for å bruke tvang. Til tross for at samfunnet bruker mye ressurser på disse brukerne, ender de offentlige instansene opp med å repetere det som ikke fungerte sist. Dermed kommer de ikke ut av det negative mønsteret.

Dette er en dårlig løsning for bruker, det er en dårlig løsning for samfunnet, og det er svært ressurskrevende.

Innføringen av samtykkekompetanse (jf. lovendringene i 2017) har svekket kommunen og andre hjelpeinstansers muligheter for å bruke tvang. Dette kan være positivt for mange pasienter, men det ser ut til å være negativt for denne brukergruppen. Flere mener det er et stort paradoks at tvang og adekvat hjelp først settes inn i kjølvannet av et drap eller en dramatisk hendelse.

Regjeringen har oppnevnt et ekspertutvalg som skal vurdere samtykkekompetanse og bruk av tvang i psykiatrien. De skal levere sin innstilling i mai 2023. Det betyr at reglene for tvang og samtykke ikke vil endre seg på kort sikt. **Derfor anbefaler** vi kommunen å undersøke hvilket handlingsrom som finnes for å sette inn tilstrekkelig inngripende tiltak overfor denne brukergruppen innenfor det eksisterende regelverket.

Gjennomgangen vår tyder på at det er et uutnyttet handlingsrom innenfor gjeldende regelverk. Dette blir det også pekt på i sluttrapporten *Bolig for velferd*. Undersøkelseskommisjonen konkluderer med at en del av drap som blir begått i psykotisk tilstand er en varslet katastrofe, og at det er en del tegn som kunne vært fanget opp dersom man hadde sett hele bildet på forhånd. Det er mange aktører som sitter med ulik forståelse og ulike deler av virkeligheten, men det er vanskelig å se helheten. Dette er også kjernen i poenget til mange av de vi har intervjuet: Det er sannsynlig at en tverrfaglig vurdering fra kommune, helsevesen og politi vil gi et bedre overblikk og et bedre beslutningsgrunnlag for å iverksette egnede tiltak.

Etter vår vurdering er et bedre og tettere samarbeid mellom kommune, politi og spesialisthelsetjenesten det viktigste grepet for å kunne sikre en bedre oppfølging av denne brukergruppen. Økt samhandling vil skape bedre forutsetninger for å forebygge negativ problemutvikling hos disse brukerne. I tillegg vil det gi et bedre grunnlag for å kunne vurdere bruk av tvang og for å sette inn god og målrettet hjelp. I siste instans vil dette kunne bidra til et kortere sykdomsforløp for den enkelte, og samfunnet vil få en bedre beskyttelse.

Flere av våre informanter peker på at det er behov for en tettere oppfølging av disse brukerne, i form av et godt ettervern i overgangen mellom institusjon/fengsel og kommune. Dette gjelder i første rekke de som ikke overføres til Udland, ettersom disse brukerne får en god innramming. Etter vår vurdering er sikringen av en god overgang et aktuelt tema for kommunen å diskutere med samarbeidspartnerne. Kommunen bør også vurdere om Frelsesarmeen skal innlemmes i et slikt samarbeid, ettersom de sitter på gode kunnskaper om de mest utsatte brukerne.

1.8 EKSTERNT SAMARBEID

Det er en rekke kommunale og statlige aktører som gir tjenester til målgruppen for dette prosjektet. Det er et betydelig samarbeid mellom de ulike aktørene, men det varierer hvem som samarbeider med hvem, alt etter behov.

Gjennomgangen tyder på at det er behov for en sterkere formalisering av samarbeidet mellom kommune, spesialisthelsetjenesten og politiet. I dag ser det ut til at samarbeidet er for personavhengig, og kan noen ganger bortfalle ved omorganiseringer eller utskiftning av personell. Men alle er positive til et mer strukturert samarbeid, og tror dette er avgjørende for å kunne følge opp brukerne på en best mulig måte og for å kunne ivareta samfunnsvernet.

Helse Stavanger har inngått en egen samarbeidsavtale med hver enkelt kommune, for pasienter med rus- og psykiske lidelser. Noe tilsvarende eksisterer ikke mellom Helse Fonna og kommunene. Denne samarbeidsavtalen skal prioritere de pasientene som har størst behov for sammenhengende tjenester, blant annet «vår pasientgruppe».

Vi anbefaler Haugesund kommune å kontakte Helse Fonna for å vurdere å formalisere samarbeidet omkring pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser.

Én mulighet er å etablere en egen samarbeidsavtale om pasientforløp for denne gruppen, slik Helse Stavanger har gjort. En annen mulighet er å tilpasse gjeldende avtaleverk til også å gjelde denne brukergruppen. Det er formaliseringen av samarbeidet som er det viktigste, ikke hvordan dette forankres i avtaleverket.

Etter vår vurdering vil en slik formalisering gi samarbeidet den nødvendige rammen som etterlyses i intervjuene. Gjennom et mer formalisert samarbeid, med faste møtepunkter og en fast samarbeidsstruktur, vil det være lettere å få en oversikt over de ulike lovmessige rammebetingelsene samarbeidspartnerne operer innenfor, og hvilket handlingsrom man totalt sett har i oppfølgingen. Etter vår vurdering er det grunn til å tro at både handlingsrom og virkemidler vil økes som følge av et tettere samarbeid.

Det er ellers positivt å registrere flere gode tilløp til samarbeid mellom relevante aktører på Haugalandet ([se rapport](#)).

Det er i dag veldig få av brukerne som bruker Individuell plan (IP) og ansvarsgruppe. Etter vår vurdering ligger det et uutnyttet potensial her, og en revitalisering i bruken av disse verktøyene vil kunne styrke den samlede oppfølgingen av brukerne.

Vi anbefaler kommunen å forsøke å revitalisere bruken av IP og ansvarsgruppe for brukere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko.

1.9 INTERNT SAMARBEID

Haugesund kommune omorganiserte direktørområdet helse, omsorg og sosial ved årsskiftet 2021/2022. Omorganiseringen er naturlig nok ikke evaluert ennå, men intervjuene våre tyder på at den nye organiseringen tilrettelegger for en bedre intern samhandling. De intervjuede mener den nye organiseringen bidrar til å bygge opp under samhandlingen på tvers.

1.10 FORBEREDELSE OG KOMPETANSE

Gjennomgangen tyder på forberedelsene forut for hjemmebesøkene kan bli bedre. Kommunen gjennomfører ikke systematiske voldsrisikovurderinger og det har vært mindre oppmerksomhet omkring rutinene før hjemmebesøk under koronapandemien. Det arbeides nå med å utarbeide egne voldsrisikovurderinger og innarbeide hjemmebesøksrutinene igjen.

Selv om systematikken i forberedelsene mangler, er det ikke slik at de ansatte er helt uforberedte på hva som møter dem, noe vi også får flere eksempler på.

Intervjuene tyder på at rus- og psykiatrikompetansen er god i kommunen. Men kommunen erkjenner at det er nødvendig å øke kompetansen på å møte brukere med forhøyet voldsrisiko som bor hjemme. Fremover skal de ansatte øve på samtaleteknikk og konfliktdempende kommunikasjon, og sikre en bedre opplæring av nyansatte.

1.11 ANBEFALINGER

Hovedanbefalingen vår er å formalisere samarbeidet med Helse Fonna omkring pasienter med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Etter vår vurdering er det naturlig at også politiet involveres i dette samarbeidet, og kanskje også Frelsesarmeen.

Vi anbefaler Haugesund kommune

1. Å kontakte Helse Fonna for å vurdere å formalisere samarbeidet omkring pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser.
2. Å undersøke hvilken handlingsrom som finnes for å sette inn tilstrekkelig inngripende tiltak overfor brukere med forhøyet voldsrisiko innenfor det eksisterende regelverket. Dette bør gjøres i dialog med samarbeidspartnerne
3. Å gå i dialog med Helse Fonna for å diskutere kommunens handlingsrom og muligheter for å kunne følge opp forventningene fra spesialisthelsetjenesten.
4. Å gå i dialog med DPS for å sikre en best mulig overføring og informasjonsdeling i enkeltsaker.
5. Å gå dialog med Helse Fonna og politiet for å sikre en bedre deling av voldsrisikovurderinger.
6. Å skaffe oversikt over brukere med psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Dette bør gjøres i samråd med politiet, Helse Fonna og relevante aktører fra kommunen.
7. Å forsøke å revitalisere bruken av IP og ansvarsgruppe for brukere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko.

2 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Vi viser til mottatt forvaltningsrevisjonsrapport «*Psykisk helse – Haugesund kommune 2022*» til høring.

Kommunedirektøren vil bemerke at forvaltningsrevisjonsrapporten er nyttig og grundig. Haugesund kommune ønsker å bruke råd og anbefalinger for å videreutvikle og forbedre tilbudet innenfor psykisk helse. Særlig viktig er dette også med tanke på kommunens samarbeid med eksterne samarbeidspartnere som for eksempel spesialisthelsetjenesten og politiet.

I hovedtrekk viser denne gjennomgangen at Haugesund kommune har mange tilbud til personer med psykiske helseutfordringer. Videre at denne gjennomgang tyder på at tilbudet i kommunen samlet sett er bra. Imidlertid viser rapportens hovedfunn blant annet at kan være et forbedringspotensial i kommunens samhandling med eksterne samarbeidsparter. Disse er i første rekke spesialisthelsetjenesten og politiet.

Forvaltningsrevisjonsrapporten gir syv anbefalinger til Haugesund kommune. Hovedanbefalingen er å formalisere samarbeidet med Helse Fonna og politiet omkring pasienter med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Selv om Haugesund kommune har inngått samarbeidsavtaler med Helse Fonna, viser denne rapporten at det er et forbedringspotensial. De øvrige anbefalingene vil kommunedirektøren følge opp. Kommunedirektøren vil i tiden som kommer prioritere å legge forholdene til rette for at innbyggere med behov for denne type psykisk helsehjelp i større grad får rett hjelp til rett tid av rett instans.

3 INNLEDNING

3.1 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er krav eller forventninger som brukes for å vurdere funnene i undersøkelsen. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området.

I dette prosjektet legger vi følgende kilder til grunn for utvikling av revisjonskriterier:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Psykisk helsevernloven
- Helsedirektoratets *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.*

- Kommunale mål og føringer
- Aktuelle samarbeidsavtaler, eksempelvis mellom kommunen og Helse Fonna

Ut fra disse kildene er det utledet revisjonskriterier som fremgår i kapitlene hvor de enkelte problemstillingene blir behandlet.

Det er ikke utarbeidet revisjonskriterier for den første problemstillingen, ettersom den er deskriptiv, og vi blir bedt om å undersøke om kommunen har en oversikt over antall og identiteten til innbyggere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko.

3.2 AVGRENSNING OG METODE

3.2.1 AVGRENSNING

Helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven gir kommunen et ansvar for innbyggere med rus- og psykiske helseproblemer. Ansvarer omfatter forebygging, kartlegging og henvisning, samt oppfølging både før, under og etter spesialisert behandling. Kommunen er forpliktet til å samordne og koordinere tjenestene. I tillegg skal kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke er i stand til å ivareta sine interesser på boligmarkedet.

Hvem er så disse innbyggerne vi retter søkelyset mot i dette prosjektet? Hvem er personene med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko?

Dette er en liten undergruppe av personer som har psykoselidelser eller bipolare lidelser. Av disse er det svært få som begår kriminalitet eller vold. Det er en mindre gruppe personer som har særlige sårbarheter mht. sykdom, kriminalitet og voldspotensial. De har også lavt funksjonsnivå på mange livsområder. Ofte er sykdomsbildet kombinert med ulike former for rusbruk, og rusbruken er en trigger for den negative adferden. Et annet kjennetegn med disse er at de ofte er storforbrukere av «tjenester» i kommunen, hos politiet og i spesialisthelsetjenesten, og motsetter seg behandling og oppfølging.

Vi legger ikke opp til en total gjennomgang av alle tilbud som finnes i eller rundt kommunen, ifm. rus og psykiatri. Dette er en omfattende jobb i seg selv å kartlegge, og er utenfor dette mandatet. Det ville dessuten være svært tidkrevende, og stjele ressurser fra prosjektets opprinnelige formål.

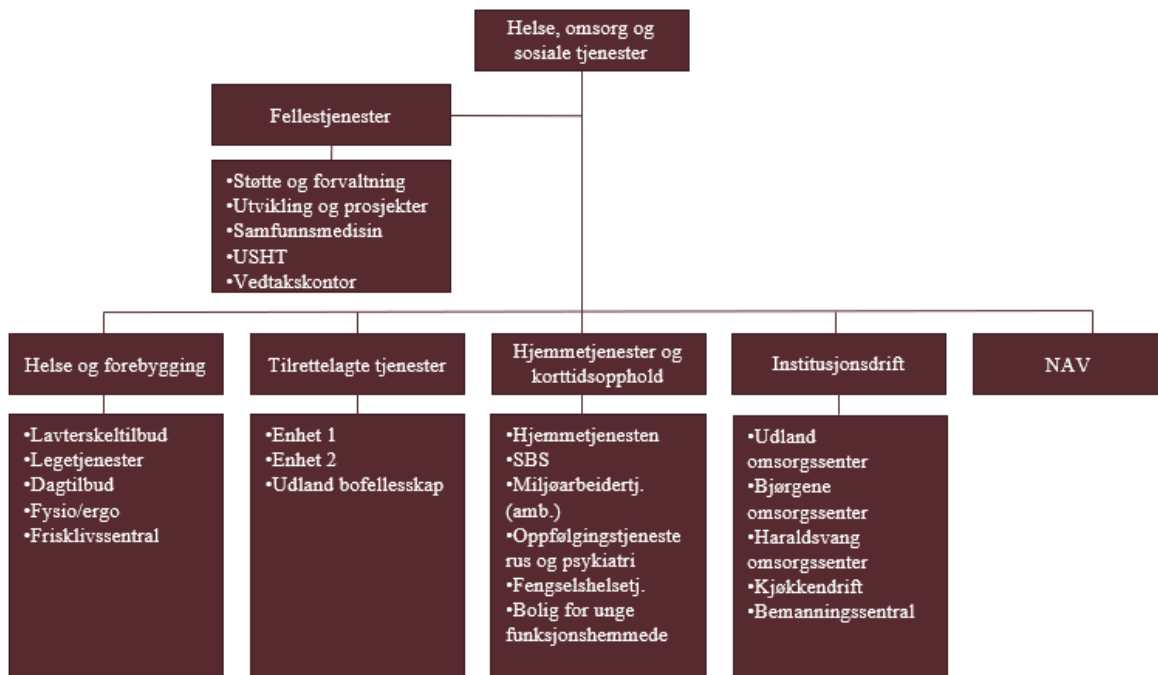
For å bruke ressursene mest mulig effektivt, har vi rettet et særskilt søkelys mot det som synes å være hovedutfordringene i forbindelse med den samlede oppfølgingen av disse brukerne, samt samhandlingen rundt disse.

Dette betyr at vi har lagt opp til en induktiv tilnærming i dette oppdraget, og en såkalt «snøballutvelgelse» av data. Det betyr at funn og opplysninger vi får i en tidlig fase, og underveis i prosjektet, danner grunnlaget for valg av informanter og dokumenter i en senere fase.

3.2.2 METODE

Samhandlingen internt i kommunen og med eksterne aktører er sentralt i arbeidet med brukere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Brukergruppen vil ofte ha behov for tilpassede og samtidige tjenester fra ulike tjenesteområder og virksomheter i kommunen. Ansvaret for innbyggere med psykiske helseproblemer er i Haugesund lagt til tjenesteområdet Helse, omsorg og sosiale tjenester. Fra årsskiftet 2021/2022 fikk dette tjenesteområdet ny organisering. Denne framgår av figuren under. Navnene på virksomhetene er arbeidstitler fra prosjektarbeidet, og er ikke offisielle navn ennå.

Figur 1 Ny organisering av Helse, omsorg og sosiale tjenester i Haugesund kommune



For å kunne svare på problemstilling 2-6, er det nødvendig med en nærhet til praksis, i tillegg til å gjøre en dokumentanalyse. I forbindelse med de innledende intervjuene fikk vi et bilde av hvem som hadde mest kontakt med målgruppen for dette prosjektet, både i kommunen og utenfor kommunen. Intervjuoversikt og øvrige datakilder finnes i vedleggsdelen.

3.3 ORGANISERING AV RAPPORTEN

I neste del presenterer vi kort sentrale utviklingstrekk innen psykiatrien de senere årene. Vi sier litt om den generelle utviklingen, og litt om utviklingen for målgruppen i dette prosjektet. Det er etter vår vurdering helt nødvendig for å forstå den konteksten som kommunen opererer i.

I kapittel fire undersøker vi hvilken oversikt kommunen har over personer med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko, mens kapittel fem omhandler deling og bruk av risikovurderinger. I kapittel seks kartlegger vi hvordan brukerne overføres til kommunen fra spesialisthelsetjenesten. I kapittel syv undersøker vi hvilket tilbud kommunen har til disse brukerne, hvorfor det er vanskelig å gi dem et godt tilbud og hva de intervjuede mener trengs. I kapittel åtte ser vi nærmere på kommunens samarbeid med eksterne aktører og i kapittel ni ser vi på den interne samordningen i kommunen. Helt til slutt ser vi på hvordan hjemmetjenestepersonellet rustes for å kunne møte brukerne. Denne delen knyttes opp mot forberedelser og kompetanse.

4 UTVIKLINGSTREKK INNEN PSYKIATRIEN

4.1 INNLEDNING

Den nasjonale sikkerhetsvurdering til Kripos for 2021 peker på at det er sannsynlig at *flere personer enn tidligere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer vil begå grove voldshandlinger og utgjøre en trussel både for seg selv og for samfunnet.*¹

Drapet på gravlunden i Haugesund, Kongsbergdrapene og mannen som ble skutt på Bislett er nyheter som har møtt oss det siste året. Felles for disse hendelsene er at gjerningspersonene har hatt tilknytning til psykisk helsevern. Et sentralt spørsmål er hvordan samfunnet kan beskyttes mot alvorlig psykisk syke som man frykter kan begå alvorlige kriminelle handlinger.

Personer med psykiske lidelser har en noe høyere risiko for å begå vold enn andre. Høyest risiko er knyttet til rus og adferdsforstyrrelse.² Uforståelige voldshendelser er ofte knyttet til psykoselidelser, hvor en persons realitetsoppfatning er forstyrret. Disse hendelsene oppleves ofte som skremmende, og samfunnet har en forventning om at disse bør unngås.

4.2 NEDBYGGING AV PSYKIATRIEN

På 1970-tallet ble det rettet sterk kritikk mot psykiatrien, som førte til en nedbygging av de store asylene. Antallet sengedøgn er redusert fra 1,8 millioner i 2002 til 0,8 millioner i 2020. Samtidig

¹ Denne er også gjengitt i politistasjonssjefens høringsuttalelse ifm. Høring – Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, datert 07.06.2021

² *Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»?* Tidsskrift for norsk legeforening 23.09.22

har antallet polikliniske konsultasjoner økt fra ca. 840 000 konsultasjoner til 3,3 millioner. Kapasiteten på antall døgnplasser var i 2021 bare halvparten av det man anså som nødvendig i opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1998.³

4.3 REDUKSJON AV TVANG I PSYKIATRIEN

De senere tiårene har det vært rettet søkelys mot reduksjon av tvang i psykiatrien, som gagnar de fleste pasienter. I 2017 ble samtykkekompetanse innført som vilkår og terskelen for tvangsbruk ble hevet.

4.4 PSYKIATRIENS PARADOKS

Samtidig kan det være verdt å minne om det som omtales som psykiatriens paradoks. Ved de aller fleste alvorlige sykdommer som hjerteinfarkt, kreft eller alvorlige infeksjoner, er pasientene selv pådrivere for å få behandling. Svært få somatisk syke mennesker motsetter seg hjelp. Ved psykiatriske lidelser som depresjon, mani eller psykose er bildet ofte motsatt, og en del pasienter motsetter seg behandling. Og mye symptomer gjør at de gjerne er mindre motivert for behandlingen.⁴ Professor Tor Kjetil Larsen peker på at det er en del som er veldig syke som ikke er motivert for behandling, og som har samtykkekompetanse til å velge det bort.

4.5 MER TVANG VIA DOM, MINDRE TVANG FRA HELSEVESENET

I 2002 ble særreaksjonen *dom på overføring til psykisk helsevern* innført ved lovendring.⁵ Utilregnelige lovbrytere kunne dømmes til tvungent helsevern, og mange døgnplasser i psykisk helsevern opptas nå av personer som er dømt til behandling.

De siste årene har helsevesenet og rettsvesenet beveget seg i motsatt retning.⁶ Helsevesenet beveger seg mot redusert bruk av tvang og økt frivillighet. Samtidig dømmes stadig flere til behandling under tvang når rettsvesenet mener psykisk helsevern ikke selv klarer å ta hånd om disse: *«En for høy terskel for etablering av tvungent vern og en for lav kapasitet på døgnplasser, kan føre til at pasienter må bli svært syke før de får adekvat behandling. Personer som ennå ikke*

³ For få døgnplasser til psykisk syke, Tidsskrift for norsk legeforening, 22.10.21.

⁴ Uttalelse av professor Tor Kjetil Larsen i Debatten på NRK, 21 oktober 2021. Larsen er overlege ved Stavanger universitetssjukehus og professor dr.med. ved Universitetet i Bergen.

⁵ Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»? Pia Jorde Løvgren, spesialist i psykiatri, og Pia Therese Wiig, psykologspesialist, Tidsskrift for norsk legeforening, 23.09.22

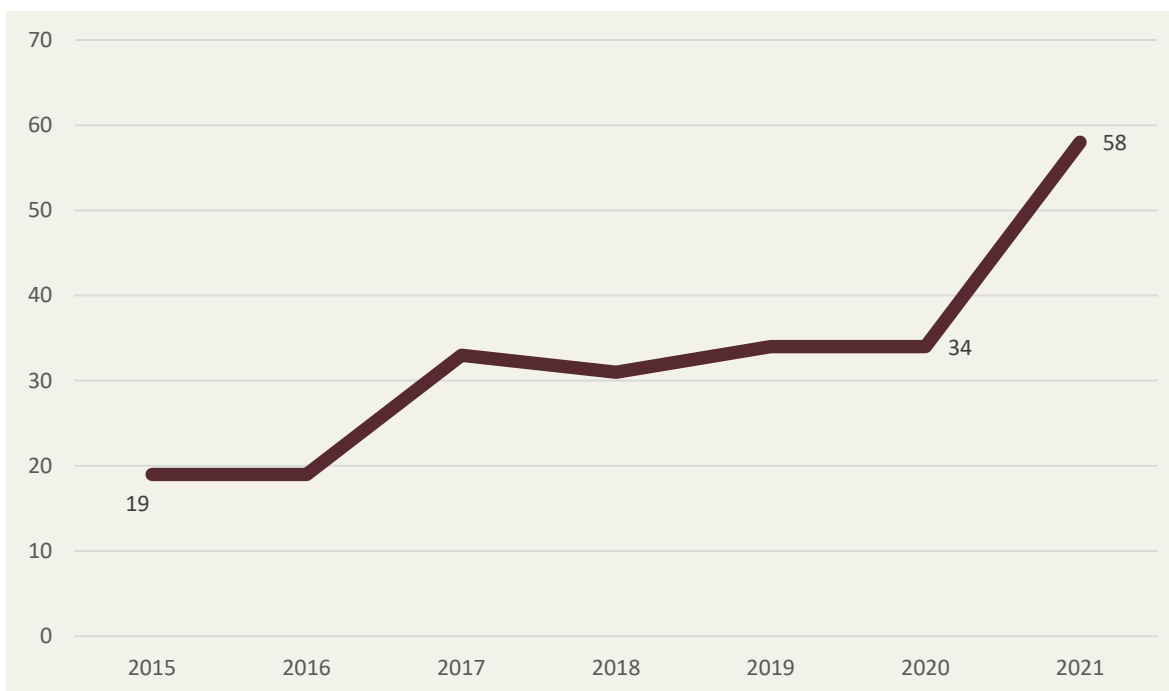
⁶ Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»? Tidsskrift for norsk legeforening 23.09.22

har utført voldshandlinger, kan da utvikle så alvorlige symptomer at de utgjør en risiko for andre. Vi er redde for en utvikling hvor det er så få døgnplasser, og hvor terskelen for å etablere tvungent vern blir så høy at det i realiteten blir lettere å få en dom på overføring til tvungent psykisk helsevern enn å motta tvungent psykisk helsevern etter sivilrettslige rammer⁷.»

4.6 UTVIKLING I ANTALL SOM DØMMES TIL PSYKISK HELSEVERN

I tilfeller der en person har gjennomført et lovbrudd som krenker andres liv, ikke anses som tilregnelig, og det er en fare for at dette kan gjenta seg, skal vedkommende dømmes til tvungent psykisk helsevern. I figuren under viser vi hvor mange personer som har blitt dømt til tvungent psykisk helsevern de siste årene. Vi ser at antallet er tredoblet fra 2015 til 2021, og at det var en markant økning fra 2016 til 2017 og fra 2020 til 2021.

Figur 2: Antall personer som dømmes til psykisk helsevern i Norge

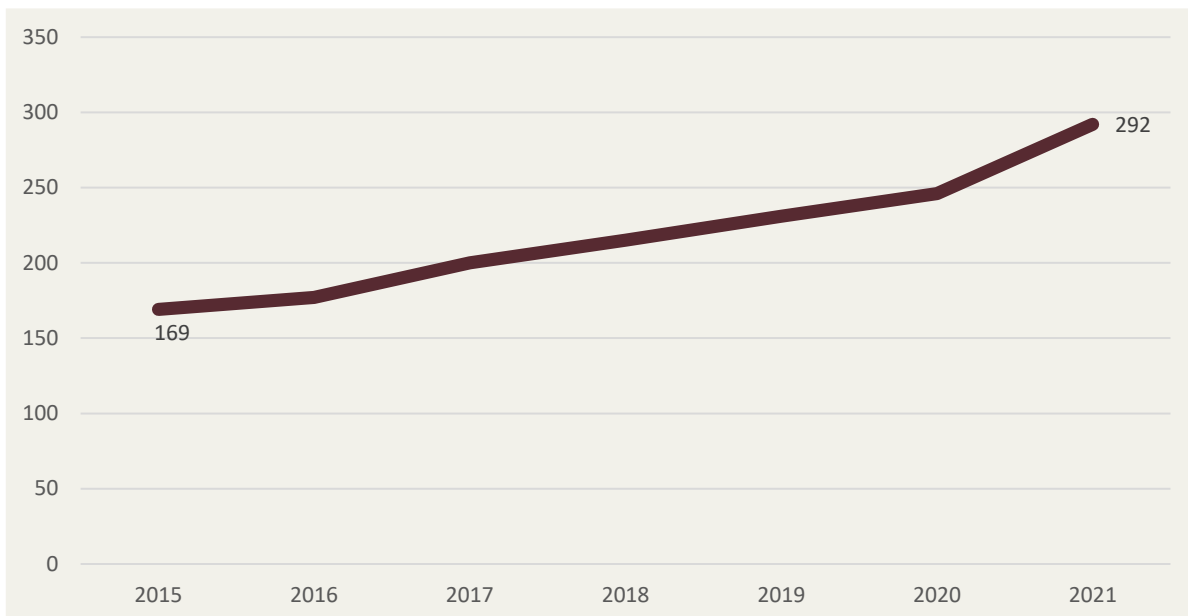


Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent helsevern og faktisk.no

⁷ Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»? Tidsskrift for norsk legeforening 23.09.22

Antall personer som er under aktiv tvungen behandling etter dom, har også hatt en markant økning. I 2015 var det totalt 169 personer som var under behandling. Seks år senere, i 2021, var dette tallet 292. Dette er en økning på 73 prosent.

Figur 3: Antall personer under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern



Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent helsevern og faktisk.no

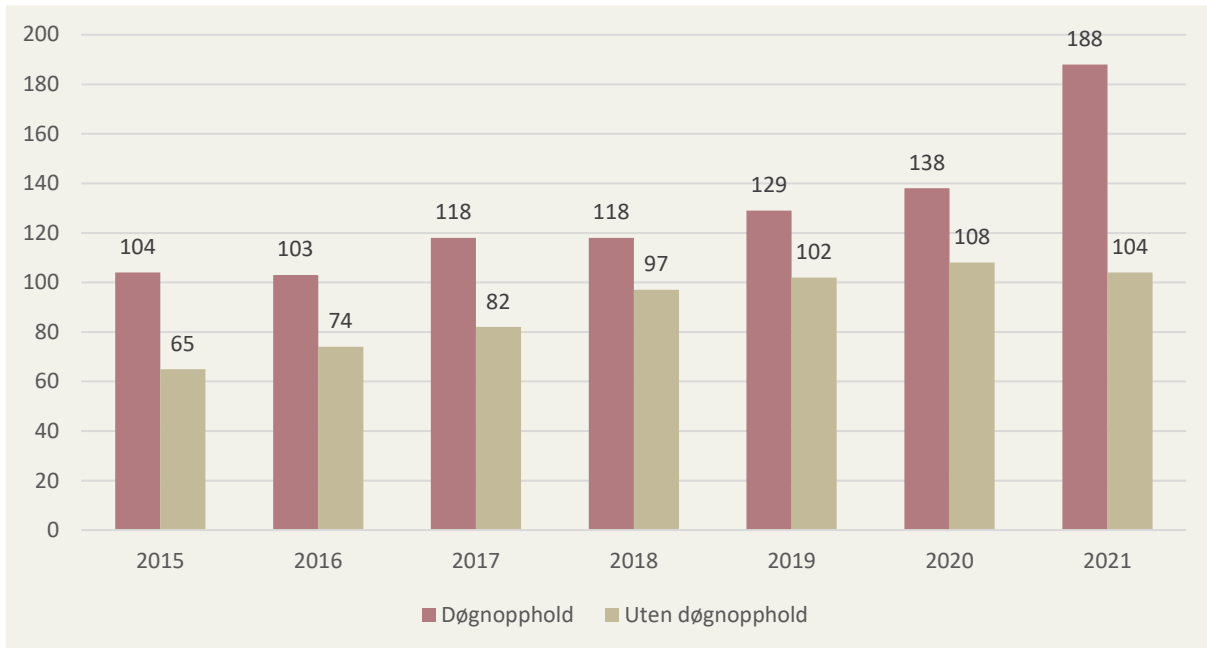
Hvordan en person som er dømt til tvungent psykisk helsevern skal behandles, er definert i psykisk helsevernloven kapittel 5. Det er altså ikke kriminalomsorgen som har det daglige ansvaret, men helsevesenet. Den domfelte er nå en pasient.

Etter tre ukers observasjon på institusjon, skal den faglig ansvarlige for pasienten bestemme om det skal være behandling med eller uten døgnopphold. Konkluderes det med døgnbehandling, får pasienten bo på en institusjon og får behandlingen der.⁸ Konkluderes det med tvang uten døgnbehandling (TUD), bor vedkommende hjemme, men møter opp på DPS og får behandling.

Som figuren under viser, er det flere av de domfelte som får behandling med døgnopphold enn uten døgnopphold. Frem til 2018 ble forskjellen mindre og mindre, mens forskjellen er blitt større igjen de siste årene, spesielt i 2021.

⁸ Døgnbehandling kan være enten på lukket eller åpen avdeling.

Figur 4: Antall personer under gjennomføring av dom til tvungent helsevern, fordelt på døgnopphold og ikke døgnopphold



Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent helsevern og faktisk.no

En dom til tvungent psykisk helsevern er ikke tidsbegrenset. Det betyr at man i prinsippet kan sitte ut livet, eller man kan slippe ut allerede etter ett år.⁹

Er det ikke lenger fare for gjentakelse, skal pasienten slippes fri.¹⁰ Dette må begjæres av enten pasienten selv, dennes nærmeste pårørende eller den faglige ansvarlige. Deretter skal domstolen avgjøre gjentakelsesfare, og om pasienten skal slippes fri.

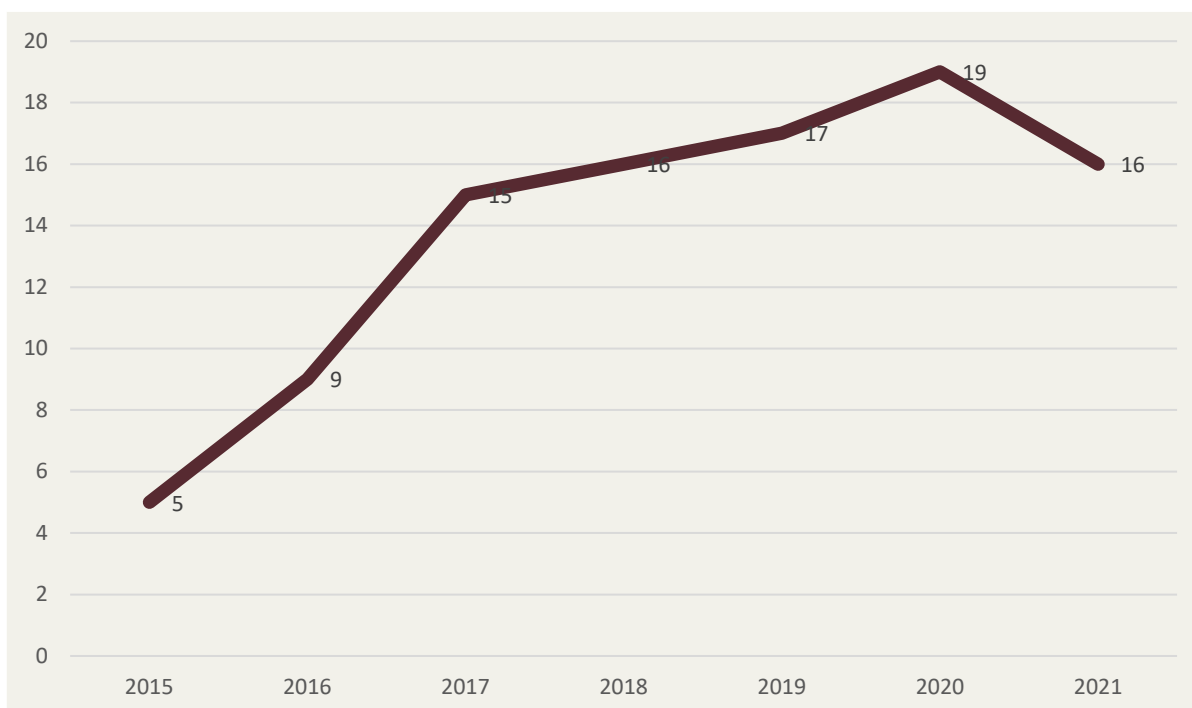
Pasienten skal uansett ikke slippes ut før minimum ett år etter at dommen falt. Etter tre år plikter påtalemyndigheten enten å avslutte behandlingen eller bringe saken inn for domstolen for en ny vurdering. Dette skal skje uavhengig av om det er kommet en begjæring eller ikke.

Det har også vært en økning i antallet som slippes ut hvert år. Økningen er likevel ikke nok til å redusere antallet under aktiv soning, ettersom dette antallet fortsetter å øke.

⁹ Kilde: Faktisk.no

¹⁰ Straffeloven § 65.

Figur 5: Opphør av behandling – antall personer per år



4.7 HVORDAN ER BILDET PÅ VALEN SYKEHUS?

Valen sykehus (v/Helse Fonna) har 34 døgnbehandlingsplasser¹¹, fordelt på fire poster: Akuttpost, psykosepost, sikkerhetspost og sikkerhet og rehabiliteringspost.

Sikkerhetsposten har ni senger og Sikkerhet og rehabilitering har åtte senger. Vi får opplyst at ti av disse 17 sengene er opptatt av pasienter som er dømt til behandling eller som er i påvente av dom til behandling.

Fra Valen forteller de at dette fører til at de må planlegge utskrivning tidligere enn det som er ideelt. En av de intervjuede i AST-teamet sa det slik: «*Rettsvesenet styrer i dag en del av sengene her, og det går ut over andre som trenger et tilbud*». ¹² De peker videre på at kommunene i den andre enden gjerne synes at presset på å ta imot utskrivningsklare pasienter blir for stort.

¹¹ Opplyst på telefon 06.10.22

¹² En liten tilleggsopplysning: Vi får opplyst at Valen som oftest har to-tre personer på venteliste.

4.8 TVANGENS PARADOKS

Pia Løvgren og Pia Wiig¹³ tror denne utviklingen fører til at pasientene ikke blir likebehandlet, enten de søker behandling selv, henvises av venner eller familie eller dømmes etter å ha begått alvorlig kriminalitet. Satt på spissen (av oss): Man må begå en alvorlig voldshandling for å få adekvat psykiatrisk behandling, og da har allerede ulykken skjedd.

Artikkelforfatterne mener en lettere tilgang til adekvate tjenester for de sykeste pasientene vil kunne redusere voldrisikoen.

Også Tor Kjetil Larsen mener at det er blitt vanskeligere for klinikere å bruke tvang og at det er stadig flere som får tvungent psykisk helsevern som dom, noe han mener er et paradoks. Han mener grensen for tvangsbruk er for høy og bør senkes, eller at tvang bør brukes riktigere.¹⁴

En undersøkelse i Bergen politidistrikt viste en dobling av psykiatrioppdrag for politiet fra 2016 til 2020, og at politiet undrer seg over at flere ikke er tatt hånd om av helsevesenet. Også politiets trusselvurdering fra 2021¹⁵ peker i samme retning, selv om økningen er mindre her.¹⁶

I politiets trusselvurdering fra 2021 fremgår det at gjerningspersonene ofte er godt kjent i både psykisk helsevern og hos politiet. Det vises til at selv om mange tidvis er underlagt kontroll gjennom opphold på psykiatrisk avdeling, vil flere i lange perioder ikke oppfylle vilkårene for tvangsinnleggelse. Politiet knytter dessuten økningen i tilfeller av grov vold utført av personer med alvorlige psykiske lidelser mot endringene i vilkårene for tvungent psykisk helsevern fra 2017. *«Personer med alvorlige psykisk lidelser som faller mellom ulike hjelpetiltak og instanser, kan ha en særlig utagerende og truende atferd som påvirker den alminnelige tryggheten i samfunnet negativt».*

¹³ Pia Jorde Løvgren er spesialist i psykiatri og overlege ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Pia Therese Wiig er psykologspesialist og seksjonsleder ved Regional sikkerhetsavdeling Dikemark. Kilden her er deres artikkel, *Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»? Tidsskrift for norsk legeförening* 23.09.22.

¹⁴ Debatten 21. oktober 2021.

¹⁵ Politiets trusselvurdering 2021, kan finnes her: <https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/tall-og-fakta/politiets-trusselvurdering/>

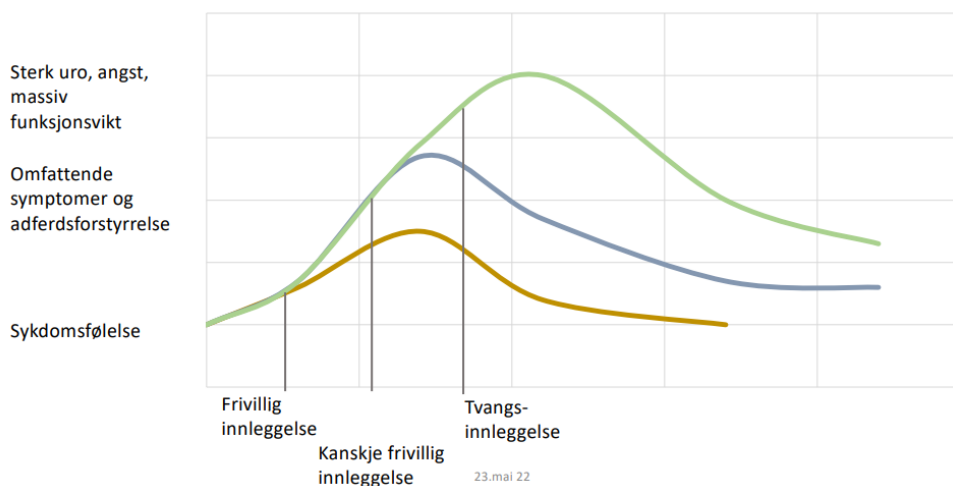
¹⁶ Det vises til en økning i oppdrag knyttet til psykiatri med 43 prosent på fire år. Det vært symptomer på, mistanke om eller allerede diagnostisert psykisk lidelse hos gjerningspersonene imellom 30 og 45 prosent av anmeldte drap og drapsforsøk siden 2016. Nærmere 60 prosent av disse personene ble senere vurdert til ikke å være strafferettslig tilregnelig.

4.9 SYKDOMSFORLØP VED RASK OG SEN INNLEGGELSE

Ifølge Randi Rosenqvist er det stor forskjell på en pasients sykdomsforløp ved rask og sen innleggelse. Et sentralt poeng her er at dersom man setter inn tvang tidligere eller får en frivillig innleggelse tidligere, så går også sykdomsforløpet raskere.

Dette illustreres under.

Figur 6 Sykdomsforløp ved rask og sen innleggelse¹⁷



4.10 OPPBYGGING AV OPPSØKENDE SPESIALISTHELSETJENESTER

4.10.1 ACT OG FACT

I likhet med situasjonen på Valen sykehus, viser en nasjonal kartlegging¹⁸ at det er en økning i antall utskrivelser innen sikkerhetspsykiatrien¹⁹. Dette skjer parallelt med oppbyggingen av oppsøkende og ambulerende spesialisthelsetjenester, som er en ønsket utvikling fra helsemyndighetenes side.

I Stortingsmelding 26 (2015) anbefales det at tjenestene til pasienter som er alvorlig psykisk syke, med eller uten rusbruk, og med vold i sykehistorien, bør organiseres i ambulante og

¹⁷ Hentet fra psykiater, Randi Rosenqvists innlegg på Fagfokus psykisk helsevern og samfunnsvern, 23.05.2022

¹⁸ I *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune - SIFER 2020

¹⁹ Dette gjelder «mennesker med alvorlige psykiske lidelser og en forhøyet risiko for framtidig vold, og ofte samtidig rusavhengighet», fra rapporten.

oppsøkende team. Samme melding trekker frem modellene for ACT (Assertive Community Treatment) og FACT (Flexible Assertive Community Treatment) som aktuelle organisasjonsformer for oppfølging og behandling av denne gruppen pasienter. Begge disse modellene er såkalte «halvannenlinjetjenester» der både spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten er representert i de enkelte teamene.²⁰

ACT er en godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer. Disse pasientene oppsøker selv i liten grad hjelpeapparatet. Teamene er tverrfaglig sammensatt, og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester tilpasset brukerens tilpasset brukerens behov.

Modellen er utprøvd i mange land med gode resultater for målgruppen, også i Norge. Evalueringsrapporten fra Norge viser en nedgang i bruk av tvang med færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern og sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang (Ruud, 2014).²¹ Videre vises det til sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern, særlig for personer med mange innleggelse før inntak i ACT-team. Færre har alvorlige psykiatriske eller depressive symptomer, alvorlig selvmordsrisiko eller problemfylt bruk av rusmidler. Pasientene sier at de har bedre helse, og at de og pårørende er mer fornøyd med ACT enn tidligere behandling.

4.10.2 ACT OG FACT I HAUGESUND

Målgruppen for ACT- teamet i Haugesund er mennesker med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med ruslidelse, som innebærer alvorlig funksjonsnedsettelse. Med alvorlig psykisk lidelse menes særlig psykoselidelser og bipolar lidelse.

ACT-teamet er organisert under psykosepoliklinikken ved Haugaland DPS, og følger kun opp brukere i Haugesund kommune. Alle ansatte er fra DPS, men kommunen er med på å finansiere dette tilbudet.

Vi får opplyst fra ACT-teamet at de har møter med kommunen en gang i måneden, enten med oppfølgingstjenesten eller bofellesskapet hvor brukerne bor.

I den ordinære psykosepoliklinikken kommer pasientene til DPS på samarbeidsmøter og samtalebehandling. ACT-teamet er for dem som ikke klarer å følge opp vanlige

²⁰ I *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune - SIFER 2020

²¹ I *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune - SIFER 2020

behandlingsavtaler og som derfor ikke klarer å nyttiggjøre seg av det ordinære tilbudet. Disse brukerne får oppfølging hjemme eller der de oppholder seg.

Vi får opplyst at ideen bak ACT-teamet er å bidra til en sømløs overgang mellom første- og andrelinjetjenesten: *«De mest alvorlige syke skal nås og kunne nyttiggjøre seg av det. Det er kommunal- og spesialisthelsetjeneste i ett».*²²

ACT-teamet gir brukerne medisiner, praktisk bistand i hjemmet og opplæring i daglige gjøremål. De er også en dør inn til andre offentlige tjenester, for eksempel lege, tannlege, NAV, økonomisk hjelp, bolig osv. De har i tillegg samtaleveiledning med brukerne og samarbeider med de pårørende.²³

De ansatte i ACT-teamet mener at en av de største fordelene med dem er at de er et lite team rundt hver bruker, og ikke bare én person pasientene skal forholde seg til. *«Dette skaper en mer stabil relasjon. På denne måten er det lettere å oppnå tillit, som gjerne er hovedgrunnen til at vi ikke lykkes med ordinær hjelp tidligere. Vi forsøker å skape en trygg relasjon, slik at de blir motivert for å ta imot hjelp (...) Det er lettere for dem å akseptere våre råd når vi har etablert en trygg relasjon og de forstår at vi vil dem vel. Denne modellen er absolutt å anbefale».*

De mener også at brukerne verdsetter at ACT-teamet har tilbud om mange tjenester på et sted, og samtidig er en døråpner til kommunale tjenester.

ACT-teamet gir langvarig hjelp, som kan pågå over mange år. De som er ustabile og sliter med rus blir fulgt opp tettere enn de som er relativt stabile: *«Vi tilpasser oss brukernes behov fra uke til uke og fra dag til dag. Dersom det er kaos hjemme eller kjøkkenet flyter, hjelper vi dem med det. Vi sier ikke at de skal snakke med NAV eller kommunen».*

ACT-teamet ser brukerne uansett så ofte at de får god kjennskap til dem. Samtidig peker de på at de må balansere eget ønske om tett kontakt med brukernes behov for privatliv: *«Noen ganger får vi beskjed om at det ikke passer. Vi forsøker da igjen så snart som mulig ut fra situasjonen».* For å beholde relasjonen hender at antall treff trappes ned i en periode, men økes opp igjen når pasienten ønsker og trenger dette.

I forbindelse med denne rapporten har vi forsøkt å finne ut hva som er likhetene og forskjellene mellom ACT- og FACT-teamene. FACT bygger på ACT-modellen og har mange likhetstrekk og

²² Jf. intervju med ACT-teamet.

²³ Samme kilde.

noen forskjeller. I tabellen under forsøker vi å klargjøre bildet litt, med å liste opp noen forskjeller og likheter mellom ACT- og FACT-teamet i Haugesund²⁴.

Tabell 1 Forskjeller og likheter mellom ACT- og FACT-teamet i Haugesund

Forskjeller og likheter	ACT	FACT
Nedslagsfelt	Haugesund	7 Haugalandskommuner
Brukere fra Haugesund høsten 2022	30	10 (40 plasser totalt)
Organisering	Under Haugaland DPS	Under Haugaland DPS
Oppstart	2 018	2022
Finansiering	Haugesund kommune og Helse Fonna	Helsedirektoratet - prosjektmidler
Behandling	Frivillig og tvang	Kun frivillig
Målgruppe	Folk med alvorlig psykisk lidelse	Folk med ruslidelser (en del av TSB)
Tilleggsproblematikk	Kan være rus og kriminalitet	Kan være psyk sykdom og kriminalitet
Andre sentrale kjennetegn	De som ikke har nytte av ordinære behandlingstilbud	De som ikke har nytte av ordinære behandlingstilbud
Sosial fungering	Alvorlig svikt, ikke forbigående	Alvorlig svikt, ikke forbigående
Hvem henviser?	Fastlege og legevakt	ROP-tjenestene i kommunene og sykehus og poliklinikker, av og til legevakt og fastlege
Lengde oppfølging	Som regel over flere år	Som regel over flere år
Intensitet i oppfølging	Fleksibel, behovstilpasset	Fleksibel, behovstilpasset
Lokasjon for behandling	Der bruker oppholder seg	Der bruker oppholder seg
Kompetanse	Tverrfaglig	Tverrfaglig
Hvor kommer de ansatte fra?	Spesialisthelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten, men krav om kommunalt ansatte innen to år
Forhold mellom første og andrelinje	Skal bidra til bedre samhandling	Skal bidra til bedre samhandling

Kilder: Samtaler med ledere for ACT og FACT-teamet

²⁴ Gjennomgangen vår viser at det ikke er helt enkelt å peke på hva som er de viktigste forskjellene mellom disse teamene generelt sett, ettersom et søk i ulike kilder på nettet ikke gir et entydig svar. Blant annet står det at FACT-teamet er for alvorlig psykisk syke og at F-en står for fleksibel. Vår gjennomgang viser at ACT-teamet også har en fleksibel pasienttilnærming og at FACT-teamet på Haugalandet er innbyggere med alvorlige ruslidelser som hovedproblem. Våre data viser at FACT- og ACT-teamene har ulike innhold, alt etter hvor de er lokalisert. Derfor har vi konsentrert oss om forskjeller og likheter i Haugesund.

5 OVERSIKT OVER DENNE GRUPPEN

5.1 INNLEDNING

I denne delen svarer vi på den første problemstillingen, dvs. *om kommunen har oversikt over antall og identiteten til innbyggere med alvorlige psykiske lidelser med høy risiko for voldsutøvelse?*

5.2 POLITIETS OVERSIKT

Verken kommunen eller spesialisthelsetjenesten har en fullstendig oversikt over innbyggere som har alvorlige psykiske lidelser og forhøyet risiko for voldsutøvelse. Anslagene vi får i intervjuene våre, varierer fra ti til sytten personer.

Per i dag ser det ut til at politiet har den beste oversikten. Politiet utarbeidet i 2019 en anonymisert oversikt over 14 innbyggere i denne gruppen. Dette var personer som var registrert med sakstyper som omfattet både psykiatri og vold eller trusler. Mange hadde i tillegg rusutfordringer.

Figur 7: Politiets oversikt over innbyggere som har alvorlige psykiske lidelser og høy risiko for voldsutøvelse (2019)



Vi vår opplyst fra politiet at de vanligvis ikke utarbeider denne type lister. Oversikten er basert på en situasjonsbestemt vurdering av enkeltpersoner, som ble laget i kjølvannet av drapet på gravlunden. Det pekes også på at oversikten ikke er basert på vitenskapelige metoder, men at man har tatt utgangspunkt i at disse innbyggerne har vist voldskapasitet og utøvd vold og trusler om vold: «*En forutsetning for at vi skal vite noe er at de er registrert i våre systemer. Det er en stor utfordring å få en farlighetsvurdering (voldsrisikovurdering) av alvorlig syke, som er kjent i psykiatrien, men som ikke har hatt en politisak*».

I hele Sør-Vest politidistrikt anslås det at dette gjelder om lag 100 personer av en befolkning på cirka 525 000 innbyggere.²⁵

Flere av de vi har intervjuet peker imidlertid på at enkelte av de såkalte «tikkende bombene» går under radaren, ettersom kommune, politi og spesialisthelsetjenesten har ulike kunnskaper om ulike brukere. Fra ACT-team og DPS innen spesialisthelsetjenesten: «Men det er noen såkalte tikkende bomber som går under radaren. Både de som følger opp i kommunen og politiet kjenner til dem, men de er ikke kjente for oss og legevakt». Fra Valen sykehus sa de det slik: «Mange av de såkalte tikkende bombene har vi kanskje ikke møtt før. Derfor prøver vi å få til et tettere samarbeid med kommunen og politiet, for bedre å fange opp endringer. Dette vil gjør at vi kan kunne komme tidligere inn i enkeltsaker».

5.3 BØR KOMMUNEN HA EN OVERSIKT?

Så vidt vi er kjent med, finnes det ingen føringer eller pålegg som sier at kommunene er forpliktet til å ha en oversikt over mennesker med psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Likevel står det i veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid at analyser av personer som benytter mange tjenester kan være til hjelp i fordelingen av oppgaver og ansvar. I prosjektet *Bolig for velferd*²⁶ avdekket deltakerkommunene et behov for bedre systemer for å kartlegge brukere i målgruppene på tvers av kommune og stat. Selv om kartleggingssystemer finnes, er det ifølge sluttrapporten utfordringer knyttet til utveksling av informasjon og samhandling.

Også flere av de vi har intervjuet mener det er nødvendig for kommunen å ha en slik oversikt, både for å ivareta samfunnsvernet, pasienten selv og de ansattes beskyttelse. Kommuneoverlegen sa det slik: «Vi bør ha en slik oversikt, vi bør vite hvem de er og ha en noenlunde oversikt. Det er to grunner til dette: Befolkningens beskyttelse og ivaretagelse av helsen til den enkelte pasient.»

Intervjuene tyder på at det som er felles for de ulike tjenestene, er at de har en grei oversikt over brukerne de selv har kontakt med, men at ingen har oversikt over hele gruppen samlet. På samme måte som politiet har oversikt over sine brukere, har både legevakten, spesialisthelsetjenesten og kommunen informasjon om sine brukere. Noen av brukerne vil nødvendigvis overlappe, men ikke alle. Derfor er ikke oversikten komplett.

²⁵ Kilde: Høringssvar fra Sør-Vest politidistrikt til Haugesund kommune ifm. *Høring - Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne*, datert 07.06.2021.

²⁶ *Mer velferd med Bolig for velferd? Sluttrapport for gjennomføring av prosjektet. Tiltaksplan Bolig for velferd i Rogaland og Vestland 2018-2022*. Haugesund er én av fem utvalgte kommuner som har deltatt i prosjektet «Bolig for velferd». Mennesker med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser som mangler eller risikerer å miste sin bolig, var én av to målgrupper i prosjektet. Målet for prosjektet var at målgruppene skulle få rett bolig med riktig oppfølging til rett tid.

Leder vedtakskontoret mener at en viktig forutsetning for å ha en slik oversikt, er at man må ha en plan for hva man skal gjøre med den: «*Da må det være tydelig hva vi skulle gjøre med dem, og det måtte være en strategi i bunn som sa noe om hvordan vi skulle gripe dette an på tvers*».

5.4 OPPSUMMERING

Verken kommunen eller spesialisthelsetjenesten har en fullstendig oversikt over innbyggere som har alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Anslagene vi får i intervjuene våre, varierer fra ti til sytten personer.

Mange har en kontaktflate mot en rekke offentlige tjenester, både kommune, politi og spesialisthelsetjenesten. Men ikke alle. Noen har bare befatning med et fåtall offentlige instanser, derfor er ikke oversikten per i dag komplett.

Selv om det ikke finnes nasjonale pålegg som sier at kommunene skal ha en slik oversikt, mener vi likevel at kommunen bør ha en ambisjon om dette. Oversikten bør oppdateres med jevne mellomrom. Bakgrunnen for denne vurderingen er rådet i den nasjonale veilederen, behovet som avdekkes i sluttrapporten til Bolig for velferd og tilbakemeldinger i våre intervjuer.

Vi anbefaler kommunen å skaffe oversikt over brukere med psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Dette bør gjøres i samråd med politiet, spesialisthelsetjenesten og relevante aktører fra kommunen.

6 VOLDSRISIKOVURDERINGER

6.1 INNLEDNING OG KRITERIER

Den fjerde problemstillingen dreier seg om kommunens oppfølging av innbyggere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Vi ønsker derfor å undersøke hvordan voldsrisikovurderinger utarbeides og benyttes.

Av hensyn til flyten i fremstillingen har vi valgt å plassere utledningen av revisjonskriteriene i [vedleggsdelen](#). Her presenterer vi bare revisjonskriteriene.

Revisjonskriterier

- Spesialisthelsetjenesten deler voldsrisikovurderingene med kommunen når de har anledning til det.
- De ulike tjenesteområdene i kommunen utarbeider egne voldsrisikovurderinger der det er aktuelt.

6.2 KREVENDE Å ANSLÅ NÅR RISIKOEN INNTREFFER

Det er utfordrende å anslå når risikoen inntreffer. For de fleste pasienter er høy voldsrisiko knyttet til enkeltsituasjoner og forverring av symptomer. Å oppdage akkurat når risikoen øker, er vanskelig selv ved bruk av verktøy som identifiserer mulige risikosituasjoner. Risikovurdering gjøres for å identifisere og påvirke risikofaktorer, ikke for å forutsi enkelthendelser.²⁷

Ifølge [ACT-teamet](#) er tiltakene like viktige som risikoen: «*For å minimere risikoen for vold er det viktig med tett oppfølging, medisiner og at pasienten holder seg borte fra rusmidler*». Herfra pekes det på at når man skaper en god struktur og innramming rundt pasientene, er det få som er farlige. Men dersom pasientene ikke møter (eller er tilgjengelige) til avtaler, ikke tar medisinene og har en aktiv rusbruk, endrer bildet seg, og risikoen øker: «*Det er ikke sånn at pasientene er farlige eller ufarlige, men risikoen for vold øker/reduseres under visse rammebetingelser*». Ifølge ACT-teamet kan rammebetingelsene endre seg hurtig. Den kan være lav når de har en samtale med en pasient, og øke radikalt noen timer etterpå, når pasienten ruser seg: «*Det er ikke vanskelig å gjøre en risikovurdering, men det kan være krevende å anslå når risikoen inntreffer*». ACT-teamet peker på at de må basere seg på historiske hendelser. Eksempler på dette er: Har personen utøvd vold mot folk før? I hvilken tilstand og i hvilke situasjoner? De forteller videre at risikoen for vold kan være veldig ulik fra person til person, og er gjerne høyest for de som har ansvaret for å gjennomføre tvangsmedisineringen, mens den er mindre for de som kommer med middagen: «*Samtidig er det krevende å si noe om hva som vil kunne skje frem i tid, for det vet vi jo ikke*».

Vi får opplyst fra ACT-teamet at de bruker kategoriene lav, moderat og høy voldsrisiko, og at tiltakene tilpasses risikonivået: «*Vi kan ikke forutse framtiden, men vi kan identifisere rammebetingelser/situasjoner/relasjoner som øker risikoen for vold*».

6.3 ULIKE TYPER VOLDSRISIKOVURDERINGER

Ved Valen sykehus foretar de risikovurderinger på alle brukerne sine, først når de kommer inn på sykehuset, og deretter revideringer av disse etter et halvt år eller et år. De foretar som oftest også en voldsrisikovurdering ifm. overføringen til kommunen. Hvis det er en dom om tvang, gjøres dette alltid, hvis de skrives ut til TUD, gjøres dette som oftest.

Det er ulike voldsrisikovurderinger som benyttes, fra nivå en til tre. Den mest omfattende er en såkalt [HCR 20 \(nivå 3\)](#), mens en såkalt [Triage](#) er en forenklet voldsrisikovurdering. I tillegg finnes det risikovurderinger for partnervold, stalking og ære osv. Fra Valen: «*De fleste/omtrent*

²⁷ *Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»?* Tidsskrift for norsk legeforening 23.09.22

alle som er innlagt på disse postene gjøres det en HCR-20 på. Alle gjøres det Triage på». I noen tilfeller brukes triagering for å vurdere om det er behov for å undersøke voldsrisikoen grundigere.

Vi får opplyst at alle brukere som får oppfølging av ACT-teamet på DPS får en nivå to-vurdering, mens nummer tre i hovedsak blir utført på Valen sykehus.

Ved Udland bofellesskap i Haugesund jobber de ansatte etter en såkalt [BVC checklist](#). Dette er en sjekklister som helsepersonell bruker for å kunne forutsi voldelig adferd i et kortsiktig perspektiv, for eksempel de neste 24 timene. Dette skal bidra til å forhindre og forebygge uønsket og farlig/voldelig adferd. Beboerne med forhøyet risiko på Udland har både tiltaksplaner og kriseplaner. Tiltaksplanen er knyttet opp mot daglige gjøremål, mens kriseplanen er knyttet til når en uønsket hendelse inntreffer.

6.4 DELES VOLDSRISIKOVURDERINGENE IFM. OVERFØRINGEN?

Ifølge de intervjuede ved Valen sykehus er risikovurderingene grunnlaget for personellet som skal følge opp pasienten. Samtidig understreker de at det viktigste er selve håndteringen. Derfor utarbeider de ulike scenarier, dvs. ulike ting som kan inntreffe i ulike situasjoner: *«Dette gjør vi aller helst sammen med de ansatte i kommunen. Det er dette som blir overført i en kriseplan».*

Vi får opplyst fra Valen at de noen ganger samarbeider med politiet og kommunen når de utarbeider en risikovurdering: *«Målet vårt er at de som skal forholde seg til pasienten videre, etter oss, skal være kjent med voldsrisikoen.»* I Haugesund gjelder dette i hovedsak Udland.

Ifølge de intervjuede ved Valen sykehus fungerer involveringen i voldsrisikovurderinger og planer som regel greit, men det kan være noen misforståelser. Dette skjer som *«oftest i overganger eller når det er nye ansatte eller om en ikke har fulgt planene».*

Intervjuene tyder på at Haugaland DPS ikke alltid gjennomfører voldsrisikovurderinger av pasientene sine. Vi er imidlertid informert om at det er kommet en prosedyre fra helseforetaket som DPS skal innføre. Den nye prosedyren inneholder tre nivåer. Alle behandlere skal gjøre en generell risikovurdering, og dersom de vurderer at voldsrisikoen er forhøyet, gjøres en voldsrisikovurdering på nivå to eller tre, som er mer omfattende. Det vises til at disse vurderingene har andre kompetansekrav, og ikke kan gjøres av alle ansatte.

Vi får opplyst at Haugaland DPS ikke har møter med vedtakskontoret, men formidler sine risikovurderinger på månedlige møter med oppfølgingstjenesten rus og psykiatri og bofellesskapene der brukerne bor.

Ved Udland bofellesskap forteller de at de alltid ber om tilbakemelding fra Valen eller DPS om det er en forhøyet voldsrisiko, men at de ikke alltid får den første gang de spør. *«Vi opplever at det kan være utfordrende å få se voldsrisikovurderingen. Om det er fordi de ønsker at minst mulig folk skal ha tilgang til den, vet jeg ikke. Tilbakemeldingene fra voldsrisikovurderingene*

brukes til å informere personalet på Udland om nye beboere: «Noen nye kan virke skremmende, og da er det viktig med god informasjon.»

Det er også sjelden at vedtakskontoret får voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten: *«Vi etterspør også voldsrisikovurdering. Vi har tidligere fått svar at de ikke kan sende det til oss dersom pasienten selv ikke godtar det.»*

Leder for hjemmetjenester og korttidsopphold har varierende erfaringer med DPS sin deling av voldsrisikovurderinger, dvs. både at de deler og at de ikke deler: *«Det er ikke alltid det er lett å få disse, men vi bør få dem.»*

Leder for oppfølgingstjenesten for rus og psykiatri anslår at det er mellom 15 og 17 av deres brukere som har en alvorlig psykisk lidelse og en forhøyet voldsrisiko²⁸: *«Spesialisthelsetjenesten har opplyst oss om voldsrisiko for tre av disse»*. En av disse var på tvang uten døgnbehandling (TUD) (se over). Samtidig understrekes det at de får en del informasjon i forbindelse med overføringene, og at de også har samarbeidsmøter.

Også i sluttrapporten for Bolig for velferd pekes det på det samme. Kommunen kan oppleve *«å få manglende informasjon om risikovurderingen rundt den enkelte bruker og brukers egen samtykkekompetanse. Kommunen sitter og med et inntrykk at det er manglende kommunikasjon mellom helseforetak, DPS og behandling sinstitusjon. Kommunen opplever derfor at de ofte blir sittende igjen «alene» med oppfølgingsansvaret.»*

Både i intervjuene våre og den nevnte sluttrapporten gis det et tilsvarende bilde av samarbeidet med politiet. Kommunen opplever *«manglende informasjon om de farlighetsvurderingene (voldsrisikovurdering, vår anm.) som blir gjort, og derigjennom manglende samhandling om de sakene som beskrives som utfordrende. Ansvarsforhold mellom det strafferettslige og vurderinger omkring soningsudyktighet (og dermed løslatelse) blir derfor utfordrende grunnet mangelfull samhandling rundt disse sakene.»*

I intervjuene pekes det også på at voldsrisikovurderingene som gjøres av spesialisthelsetjenesten ikke trenger å være et hjelpemiddel for de ansatte i kommunen. Dette forklares slik i det ene intervjuet: *«Der har de gjerne vært i trygge rammer med tett oppfølging. Derfor har de ikke vist truende adferd. Når de kommer ut i kommunen igjen, er det helt andre rammer, og flere mulige triggere for utagerende adferd.»*

²⁸ 10 av disse får vanlig oppfølging, mens 5-7 får ikke andre tjenester enn LAR. Her har DPS behandlingsansvaret, mens oppfølgingstjenesten leverer ut medisinene.

Noen mener dette er et argument for at kommunen bør gjøre voldsrisikovurderinger selv, ettersom rammene endrer seg når de kommer til kommunen (for eksempel fra institusjon eller fengsel): *«Det er enkelt å bli god innenfor en stram struktur, men det er noe helt annen i en åpen verden med mange fristelser».*

6.5 UTARBEIDER KOMMUNEN VOLDSRISIKOVURDERINGER?

Gjennomgangen tyder på at oppfølgingstjenestene ikke utarbeider systematiske voldsrisikovurderinger, men at de skal begynne med dette.

Leder for hjemmetjenester og korttidsopphold forteller at oppfølgingstjenestene følger opp ganske mange med alvorlig rusproblematikk, psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko: *«Vi er i gang med å utarbeide ROS-analyser på alle brukerne våre, men det er ikke på plass ennå. ROS-analysene har vært skadelidende under pandemien, men vi tar grep for å få dem på plass igjen».*

Leder for miljøtjenesten mener det er bra at de skal få voldsrisikovurderinger på alle brukere: *«Mine folk går alene hos veldig mange. Derfor burde det nok vært en ROS på alle, som ble oppdatert ved behov».*

Også leder for oppfølgingstjenesten rus og psykiatri peker på at det er kommet et krav om ROS-analyse på alle brukerne. Men det er en del ansatte som stiller seg uforstående til dette, *«ettersom vi har hatt brukerne i tjue år, de har ikke vist noen voldsrisiko, og så skal vi voldsrisikovurdere dem».* Lederen tror likevel det er lurt å ha en slik vurdering på alle, og en plan for hva man skal gjøre. Samtidig peker hun på at det er viktig å ikke se seg blind på voldsrisikovurderingene, ettersom *«de er ferskvare. Kontekst og triggerer er viktig.»*

Vi får opplyst fra leder for hjemmetjenester og korttidsopphold at kommunen ser for seg en trafikklysmoell, dvs. grønt, gult og rødt, der rødt betyr mange faresignaler og at de ansatte ikke bør gå alene.

Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter er en del av tjenestetilbudet i Haugesund gjennom drift- og tjenesteavtalen mellom Frelsesarmeen og Haugesund kommune. Vi får opplyst derfra at de prøver, så langt det er mulig, å gjøre risikovurderinger av nye brukere/beboere: *«Ved enkelte tilfeller har vi sagt at de ikke kan bo her, men det er ikke lett å utestenge pga. vold.*

Det er mye en del trusler og vold hos oss, men vi har gode rutiner for å melde avvik og for å håndtere avvik. Det er ingen som er redde for å gå på jobb. Vi opplever at de fleste ansatte føler seg trygge på jobb».

Fra Frelsesarmeen pekes det på at de forsøker å «lese voldsbildet». De forteller at det av og til forekommer trusler, men at det sjelden utøves vold mot personalet. Utageringene går hovedsakelig ut over inventaret: *«Jeg tror ikke det er mer trusler og vold på denne type tiltak enn for eksempel på enkelte avdelinger innenfor psykiatrien. Forskjellen er at vi ikke kan gå inn i*

såne situasjoner, dersom de utagerer eller truer, vi har ikke lov. Vi har lovverk som styrer dette. Vi trekker oss ut av situasjonen eller unngår situasjonen. Vi ser enkelte ting gjennom fingrene til situasjonen har roet seg. Vår hovedoppgave er å få beboerne til å beholde boligen, vi forsøker å roe ned situasjoner for å unngå utagering og skadeverk».

6.5.1 VURDERING

Gjennomgangen tyder på at spesialisthelsetjenesten deler voldsriskovurderinger med kommunen i varierende grad. Av intervjuene fremgår det at dette ikke alltid skyldes helsepersonellens taushetsplikt.

Det er også slik at sluttrapporten for Bolig for velferd slår fast at kommunene og statlige aktører har manglende kjennskap til handlingsrommet mht. taushetsplikt ([se her](#)).

Vi anbefaler kommunen å gå dialog med spesialisthelsetjenesten og politiet for å sikre en bedre deling av voldsriskovurderinger.

Dette kan knyttes opp mot to av tiltakene som foreslås ifm. samarbeidsprosjektet [Bolig for velferd](#): Samarbeid med Helse Fonna (voldsrisiko og veiledning), og Samarbeid Helse Fonna og politiet (utfordrende pasientsaker).

Gjennomgangen vår tyder på at kommunen per i dag ikke gjør systematiske voldsriskovurderinger av brukergrupper med forhøyet voldsrisiko. Det bør presiseres at det tidvis gjøres ulike vurderinger i de tjenestene som følger opp brukerne hjemme ([se del seks](#)), men ikke på en systematisk måte, og ikke for alle som kan være aktuelle.

Virksomheten hjemmetjenester og korttidsopphold er i gang med å utarbeide voldsriskovurderinger for alle brukerne, som man ser for seg å oppdatere jevnlig. Etter vår vurdering er dette et godt grep for å forberede ansatte og for å forebygge uønskede hendelser. Ikke minst fordi spesialisthelsetjenesten ikke alltid deler voldsriskovurderingene, samt at voldsriskovurderingene er ferskvare og kontekstavhengige.

Gjennomgangen viser at det er ulike type voldsriskovurderinger som gjøres, noen er svært omfattende og avanserte, mens andre er langt enklere. Flere peker på at de mest omfattende vurderingene både er ressurskrevende og krevende rent faglig. Dette er momenter kommunen bør ta stilling til, både mht. til de ansattes tid og kompetanse.

Det er trolig en langt lavere terskel for de ansatte å utarbeide enkle risikoanalyser enn mer avanserte. Dette er ikke et uvesentlig moment å ta med i vurderingen. En bør videre ta stilling til hvem som skal gjøre vurderingen, hvem som skal ha tilgang til den, om den skal være et verktøy for kommunens ansatte som hjelper brukeren, eller om den skal være et verktøy for å beskytte befolkningen. Ideelt sett kunne man tenke seg at kommunen kun diskuterer «røde brukerne» med

politiet og spesialisthelsetjenesten, for å få en best mulig oversikt over de i gruppen med størst voldspotensial.

Til sist bør en ta stilling til hvilket handlingsrom kommunen har for å følge opp brukere i den røde kategorien.

7 OVERFØRING TIL KOMMUNEN

7.1 INNLEDNING OG KRITERIER

Problemstilling to: Hvordan fungerer overføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i de tilfeller hvor det er gjennomført tvungent psykisk helsevern?

I denne delen tar vi ikke utgangspunktet i detaljerte regler om utskriving fra spesialisthelsetjenesten til kommune, men det overordnede [målet med samarbeidsavtalen](#), som er: Å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter/brukere som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det skal rettes særlig oppmerksomhet mot å utvikle gode tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. En viktig forutsetning for å skape sammenhengende og bærekraftige tjenester er å sikre en god og mest mulig sømløs overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

For pasienter som har vært i spesialisthelsetjenesten i lang tid, er det ofte nødvendig med gradvis overføring for at prosessen blir vellykket²⁹. Målet er å skape en trinnvis, trygg og strukturert økning av tid i det nye tilbudet og at en har en tilsvarende prosess når det gjelder samspill med det framtidige personalet.

Revisjonskriterier:

- Overføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen bidrar til å skape sammenhengende tjenester
- For pasienter som har vært i spesialisthelsetjenesten over lang tid, skjer overføringsprosessen gradvis og strukturert

²⁹ [Overføringsprosessen - Helsedirektoratet](#)

7.2 OVERFØRING FRA VALEN SYKEHUS

Valen er et psykiatrisk sykehus for personer med behov for døgnopphold. Nye pasienter blir henvist til planlagt innleggelse, noen er akutte, mens andre er dømt til behandling eller varetektsurrogat. De fleste av pasientene ved Valen har vært innlagt lenge.

Ambulant sikkerhetsteam (AST) er organisert under døgnavdelingen ved sykehuset. AST gir tjenester til sikkerhetspasienter, som enten er dømt til behandling eller som har tvungent psykisk helsevern. Målgruppen for teamet er pasienter som er dømt og som har tvungent ettervern, og som også har en forhøyet voldsrisiko. Rus er ofte en kompliserende faktor for denne gruppen.

AST dekker hele opptaksområdet til Helse Fonna, dvs. 19 kommuner. I 2022 har de hatt 15-18 brukere fra hele opptaksområdet. De fleste av disse kommer fra Haugesund og Karmøy kommune. Per dags dato er det åtte pasienter fra disse to kommunene.³⁰

7.2.1 GJENNOMSNIITTLIG OVERFØRINGSTID ER PÅ ETT TIL TO ÅR

Teamet bruker mye tid på få kommunen til å overta pasientene, og overføringen kan pågå lenge. Fra teamet anslås det at gjennomsnittlig overføringstid er på 1-2 år, og at tidsspennet mellom kortest og lengst overføringstid er fra 6 måneder til flere år.

De intervjuede ved Valen sykehus forteller at kommunene som regel stiller opp med bolig og oppfølging, men at de kan være redde for pasienten og at de vegrer seg å ta imot vedkommende. *«Da må vi ta oss god tid, og snakke med personalgruppen. Det gjør at overføringsprosessen kan ta lengre tid. Det går som regel bra når de har fått tildelt et bosted.»*

7.2.2 HVORDAN FOREGÅR SELVE OVERFØRINGEN?

I punktene under gir vi en rekke eksempler på hvordan overføringen av pasienter fra Valen til kommunene foregår:³¹

- Kommunene kan hospitere i døgnavdelingen. Mange takker ja til dette. Noen stiller med alle som skal jobbe med pasienten, mens andre stiller med to primærkontakter. De hospiterer gjerne i to-fem dager i avdelingen.

³⁰ Opplyst i intervju.

³¹ Opplyst i intervju med AST-teamet.

- AST ønsker å involvere kommunene i så stor grad som mulig i overgangen, og utarbeider planer for stegene i utskrivningen og tilbakeføringen til kommunen, som kan være:
 - Dagstur til pasientens leilighet med personell fra avdeling/AST der personell fra kommunen som skal jobbe med bruker er til stede hver 3. uke
 - Gjentas fire ganger, og evalueres
 - Dersom dette går fint, økes frekvensen til hver andre uke
 - Evaluerer hvert steg og hele tiden med personell fra Helse Fonna
 - Etter hvert får pasient gjerne være en time alene i leilighet mens personell er i nærheten
 - Etter hvert kan bruker overnatte, og da er ikke personell fra Valen med
 - Til slutt er pasient gjerne mer i egen bolig enn på Valen. Pasienten er fortsatt innskrevet i avdeling og er i permisjon når vedkommende er i leiligheten. Sykehuset kan da raskt intervensjon dersom det skjer noe.
- Noen får også et vekselopphold i overgangen, for eksempel fem uker i egen leilighet og en uke i sykehusavdelingen. Dette gjelder spesielt de som skrives ut til TUD, som får et stabiliseringsforhold i et visst tidsintervall.
- AST tilbyr også de ansatte i kommunen veiledning rundt den enkelte, og går gjennom voldsriskovurderingene (som AST utarbeider) sammen med dem.
- I noen tilfeller holder AST kurs i mestring av aggresjon i psykisk helsevern. Kursrekken inneholder teori og praktiske teknikker, hvordan skal man møte aggresjon.

Vi får opplyst at når AST får til å skape god dialog og man sammen med den mottakende kommunen blir enige om et felles ansvar, pleier overføringen å gå fint. Men selv om de opplever at planene for overføringen er gode, er ikke overføringssystemet vantsett: *«Vi tror vi har laget gode planer og tett eventuelle hull, men så skjer det en kommunikasjonssvikt ute i kommunene likevel».*

7.2.3 FORSKJELLER MELLOM DE MED DOM OG DE UTEN DOM?

Vi får opplyst fra Valen sykehus at det er forskjell på overføringen for de som er dømt til psykisk helsevern og de som har tvungent psykisk helsevern uten dom. Det er et mye større krav til samfunnsansvar for de som har dom. Samfunnsansvaret trumfer behandlingskriterier for disse, og da kan gjentakelsesfare være et sentralt punkt ifm. overføringen. For eksempel kan AST pålegge en bruker å ta urinprøver³² eller å komme innom på stabiliseringsopphold etter overføringen.

Fra Valen pekes det på at en del av brukerne ikke er farlige, og da blir forløpet helt annerledes.

³² Selve prøvetakingen kan gjøres av kommune eller fastlege.

7.3 OVERFØRING FRA DPS

Vi får opplyst at pasienter som er på tvang som oftest kun er det i perioder: *Det er sterke føringer sentralt om at tvang skal brukes i minst mulig grad, og dette medfører at om pasienten er i en stabil fase, vil ofte lovhjemmelen til å beholde pasienten på tvang ikke være til stede.* Derfor vil en pasient som får oppfølging fra DPS, for eksempel via ACT-teamet, ikke trenge en overføring i seg selv. Vi får opplyst fra ACT-teamet at de har faste samarbeidsmøter med kommunen en gang i måneden om felles pasienter, enten med oppfølgingstjenesten eller med bofellesskapet der brukeren bor. Fra ACT-teamet pekes det på at kommunen blir informert om deres risikovurderinger i disse møtene.

7.4 UDLAND OM OVERFØRINGEN FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

Fra Udland pekes det på at samarbeidet med Valen fungerer veldig bra: *«De er flinke til å følge opp og vi har gode samarbeidsmøter ifm. nye beboere».* Vi får også opplyst at Valen gir god informasjon om pasientene før vedkommende kommer til Udland, underveis og etterpå. Det vises til at Valen er behjelpelig med informasjon og veiledning og at man kan hospitere der.

Udland opplever også at Valen tar seg god tid for å sikre en god overføring av pasienter: *«Dersom pasientene blir dårligere, beholder de dem på Valen og stopper tilbakeføringen til kommunen. Dersom de blir dårligere, så beholder de dem. De stopper løpet for å stabilisere pasientene».*

Udland opplever ikke overføringen fra DPS som like god, og mener at det er store forskjeller mellom Valen og DPS: *«Vi mangler litt med DPS. Vi jobber for at det skal bli et tettere og mer strukturert samarbeid».*

7.5 ANDRE SYNSPUNKTER PÅ OVERFØRINGEN

Vedtakskontoret forteller at de får en utskrivingsmelding, slik de skal, og av og til avholdes samhandlingsmøter med spesialisthelsetjenesten. Det pekes på at man samhandler på samme måte, uavhengig av om den som blir overført har vært lagt inn på tvang eller ikke: *«Det er problemet eller utfordringene til pasientene som er avgjørende for hvordan vi samhandler. Og noen ganger er det viktig med en tettere samhandling».*

Leder for hjemmetjenester og korttidsopphold mener det er viktig at opplysninger om brukerne blir delt med kommunen, og viser til et eksempel der oppfølgingstjenesten for rus og psykiatri fulgte opp en bruker sammen med DPS. I dette tilfellet oppstod det en truende situasjon som man kunne vært bedre forberedt på dersom kommunen var informert om at personen kunne være truende: *«Vi eier disse brukerne sammen. Det hjelper ikke at den ene delen vet noe, og ikke forteller det videre. Det kan fort blir fatalt. LAR – DPS har behandlingsansvaret, mens mine*

leverer ut medisiner. Det er mulig å dele opplysninger, og det må vi ble flinkere til. Av og til er det en misforstått bruk av taushetsplikt, andre ganger rene forglemmelser».

Leder for oppfølging rus og psykiatri viser til eksempler der de har fulgt opp brukere som har vært på TUD, der samarbeidet mellom DPS og oppfølgingstjenesten har vært bra. Men hun forteller også at informasjonsoverføringen av og til glipper, og at kommunen ikke er klar over at brukerne er på TUD: *«Det er viktig at dette settes i system, slik at den type relevant informasjon tilfaller oss. Dette skaper en bedre forståelse for hverandres arbeid. Men det handler også om at de ansatte bruker de systemene som finnes».*

Det framheves videre som viktig å jobbe godt sammen i slike saker, og at dette ansvaret gjelder alle parter: *«Dersom en bruker ikke har tatt medisiner på en uke og er borte, kan vedkommende utgjøre en fare. Da er det viktig å informere politiet, og samtidig få inn behandling før symptomene øker».*

7.6 STOR OVERGANG FOR PASIENTENE

De intervjuede er samstemte i at den største utfordringen knyttet til overføringen er at overgangen fra fengsel eller institusjon til kommunene er formidabel. Dette er ikke et Haugesundfenomen, men en generell utfordring i mange kommuner. En av de intervjuede sa det slik: *«Fra å være innenfor strenge rammer, har de få rammer når de kommer ut. De bor alene i egne leiligheter og det er strenge krav til tvang og tvangsmedisinering. Dette vanskeliggjør oppfølgingen.»*

I intervjuene pekes det på at en god del pasienter ikke får den nødvendige stabiliteten i kommunene i etterkant av et institusjonsopphold. En av representantene fra DPS sa det slik: *«Pasientene blir gjerne plassert i en kommunal bolig, i et belastet område, med minimal beskyttelse mot rus. Et dødfødt prosjekt som er dømt til å mislykkes. Det er vanskelig å leve et fullverdig liv med de utfordringene de har, under slike rammebetingelser. Kommunen burde hatt et mer differensiert tilbud til denne gruppen, en trappetrinnsmodell, og en variert tiltaksmodell. Det er viktig å huske på at behandlingen på Valen og behandlingen fra oss er midlertidig, og at de lever livene sine ute».*

En del av brukerne ønsker minimal oppfølging fra kommunen i etterkant av et fengsels- eller institusjonsopphold, og de ønsker liten innblanding i livene sine. En del får en kommunal bolig, en del bor på [Frelsesarmeens bo og omsorgssenter](#) og enkelte får plass på [Udland](#). Terskelen for å få plass på Udland er høy, og intervjuene tyder på at de med forhøyet voldsrisiko og ROP-problematikk først og fremst bor i en kommunal bolig eller hos Frelsesarmeen, som er for de som ruser seg aktivt.

Gjennomgangstonen i intervjuene er at brukerne fungerer bra mens de er på institusjon og i fengsel, men at det går galt når de kommer tilbake igjen, i kommunal bolig eller til Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter. Flere mener også at det rent samfunnsøkonomisk er en svært dårlig løsning. En av de intervjuede sa det slik: Dersom brukerne havner på et av disse

stedene etter Valen eller fengsel «*kunne vi like gjerne kastet pengene etter dem. De har hatt noen gode måneder, men rent samfunnsøkonomisk er det bortkastede penger. Brukerne har fått hvilt seg og fått behandling, så det er ikke uten verdi – men tilbakefallsprosenten er for stor. Mange trenger tett oppfølging over tid etter behandling – steg for steg – både individuelt og som gruppe*». Fra Frelsesarmeen pekes det på at det er mange som kommer rett fra fengsel og til dem: «*Det er en evig rundgang*». De intervjuede hos Frelsesarmeen mener at pasientene ikke burde komme tilbake til deres botilbud etter behandling, men at enkelte gjør det. De forteller at dette resulterer i at de fort blir veldig dårlige: «*De er alt for skjøre til å bo på et tilbud som vi har, men det er ikke andre tilbud. Saksbehandlerne er fortvilede, men det er ikke et egnet ettervernstilbud.*» De intervjuede ved Frelsesarmeen forteller at det er ingen som kommer tilbake til dem som klarer å holde seg nyktre.

Samtidig peker Frelsesarmeen på at det er naturlig at pasientene vil tilbake til sitt gamle miljø for å søke bekreftelser og gamle relasjoner. Men problemet for mange er at de bare kjenner rusavhengige: «*Derfor er det viktig å koble på frivillige organisasjoner som Frelsesarmeen og Røde Kors. Besøktjenesten i fengsel er populær. Det er mange som besøker dem der. Men det er få som besøker dem hjemme*».

7.7 KOMMUNENS VIRKEMIDLER OG HANDLINGSROM

Flere av de intervjuede i kommunen mener at spesialisthelsetjenesten ikke alltid forstår at kommunens handlingsrom er annerledes enn det er i spesialisthelsetjenesten: «*De forventer ofte at vi kan gjøre mer enn vi faktisk innenfor vårt handlingsrom. Vi har ikke samme tvangsmulighet som dem*». De har inntrykk av at spesialisthelsetjenesten tror at kommunen har flere virkemidler for å følge opp brukerne enn det de faktisk har. Kommuneoverlegen sa det slik: «*De tror at vi kan gi tvungen innramming i større grad enn vi kan. Etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten er det svært begrenset hva vi kan gjøre. Det avhenger som regel av hva personen selv vil, og dette utgjør en stor risiko. Spesialisthelsetjenesten peker gjerne på at det er en økt voldrisiko, og anbefaler en oppfølging som ikke kommunen har mulighet til å gi innenfor dagens regelverk.*»

Dette leder til et annet viktig poeng, dvs. det som beskrives å være hovedutfordringen med målgruppen for denne undersøkelsen.

Hovedutfordringen med innbyggere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko, slik de intervjuede ser det, kan oppsummeres slik:

- På den ene side vil de som regel ikke ha hjelp. «*Alle*» rundt brukerne ser at de trenger oppfølging, men at de ikke er i stand til å ta gode beslutninger for seg selv.
- På den andre siden har de samtykkekompetanse, noe som betyr at det kommunale hjelpeapparatet ikke kan bruke tvang for å gi den nødvendige hjelpen.

Det blir pekt på at denne gruppen ofte har et komplekst utfordringsbilde, de har flere diagnoser, og situasjonen deres forverrer seg drastisk når de ruser seg. Samtidig trenger de «hjelp på alle områder av livet». I tillegg er det en betydelig «voldsrisiko og variabel motstand mot å ta imot hjelp». Dette gjør det veldig krevende å komme i posisjon for å kunne gi et helhetlig, godt og verdig tilbud, hevdes det.

En av de intervjuede oppsummerte denne utfordringen slik: «Det er ikke helt sammenheng mellom hva samfunnet forventer av oss mht. å beskytte samfunnet mot denne gruppen, og vår mulighet for å kunne gjøre dette. I lovverket er det en høy terskel for tvangsbruk, noe som legger en sterk begrensning på våre oppfølgingsmuligheter».

De intervjuede peker på at sentralt kjennetegn med denne gruppen er at de ikke vil ha hjelp, og de motsetter seg hjelpen: «Vi kan ikke tvinge dem. Hvis de ikke vil ha kontakt, har vi begrensede muligheter for å følge med». Dette gjør det vanskelig komme i posisjon til å kunne gi dem den nødvendige bistanden. Lederen for vedtakskontoret sa det slik: «Det er mange ting vi prøver, men de ønsker ikke hjelp. Lovverket hindrer oss i å tvinge dem til å motta hjelp, så lenge de har samtykkekompetanse selv. (...) Vi prøver, det er viktig å ikke gi opp, men det er likevel begrenset hva vi kan gjøre hvis de ikke vil ha hjelp. Vi må spille på de rundt brukeren for å komme i posisjon.».

Gjennomgangen tyder på at det er kombinasjonen av rus og psykiatri som utgjør det største problemet: «Det er vanskelig å nekte å nekte dem å oppsøke rusen, og det er vanskelig å ha et klart svar på hva vi skal gjøre for å hjelpe dem».

De aller fleste vi har intervjuet mener at lovverket ikke legger til rette for å ramme dem inn på en god nok måte. Kommuneoverlegen sa det slik: «De trenger hjelp, medisinsk sett, men vi har likevel ikke en juridisk mulighet til å gi den innrammingen eller hjelpen som er nødvendig». Dette gjelder både om man ser det fra den enkeltes situasjon og om man ser det fra samfunnets behov for beskyttelse, hevdes det: «Vi mangler mulighetene til å gi dem en innramming, både i lov om psyk helsevern, straffelov og helse- og sosiallov. De ramler mellom flere stoler og det er en utfordring hvordan man skal gå frem».

7.8 VURDERING

Gjennomgangen tyder på at overføringen fra Valen til Udland fungerer meget bra. Valen tar seg god tid i forbindelse med overføringen av enkeltbrukere, og samarbeidet med Udland ser ut til å fungere godt. Her skjer overføringen gradvis, og det legges godt til rette for å få til en sømløs overgang og sammenhengende tjenester.

Det er forskjell på overføringen fra Valen for de som er dømt til psykisk helsevern og de som har tvungent psykisk helsevern uten dom. Det er et mye større krav til samfunnsansvar for de som har dom.

Intervjuene tyder på at overføringen fra DPS til kommunen ikke fungerer like godt. Dette kan selvsagt skyldes at det er ulike behovsvurderinger som ligger til grunn fra spesialisthelsetjenestens side. Det er grunn til å tro at brukerne som kommer fra Valen gjennomgående vil ha behov for en mer trinnvis og sakte overføring enn de som overføres fra DPS. Dette kan skyldes ulik alvorlighetsgrad, samt at brukerne ofte får oppfølging fra kommunen og DPS parallelt.

Etter vår vurdering bør likevel tilbakemeldingene i intervjuene tas på alvor. **Vi anbefaler** derfor at kommunen går i dialog med DPS for å sikre en best mulig overføring og informasjonsdeling i enkeltsaker.

Den største utfordringen med overføringen ser imidlertid ikke ut til å være samhandlingen i seg selv, men den store overgangen det er for brukere som kommer fra fengsel eller institusjon og som ønsker minimal oppfølging når de overføres til kommunen. Mange brukere får dermed ikke en innramming som er i nærheten av den de ville fått i institusjon, fengsel eller på Utdanningsvesenets institusjon. Dermed havner de gjerne tilbake til sitt gamle miljø, og de samme problemene melder seg på nytt. Dette er dårlig for brukere og det er en dårlig løsning rent samfunnsøkonomisk.

Dette opplever både kommunen og samarbeidspartnerne som en kjempeutfordring. Et viktig kjennetegn med en del psykisk syke er at de ikke vil ha hjelp, og motsetter seg hjelpen. Det er derfor vanskelig for kommunen å komme i posisjon til å hjelpe. Flere i kommunen mener at spesialisthelsetjenesten ikke forstår at kommunen har begrensede muligheter for å kunne bruke tvang og for å kunne gi brukerne den nødvendige innrammingen.

Dette er etter vår vurdering en utfordring i forbindelse med overføringen fra spesialisthelsetjenesten. Hvis spesialisthelsetjenesten konkluderer med forhøyet voldsrisiko og forutsetter en oppfølging kommunen ikke har mulighet til å gi, utgjør dette i seg selv en stor risiko. **Vi anbefaler** Haugesund å gå i dialog med spesialisthelsetjenesten for å diskutere kommunens handlingsrom og muligheter for å kunne følge opp forventningene fra spesialisthelsetjenestene.

I neste kapittel går vi nærmere inn på hvilken oppfølging kommunen gir brukere med alvorlige psykiske lidelser og hvilke begrensninger dagens regelverk gir.

8 OPPFØLGING

8.1 REVISJONSKRITERIER

Problemstilling fire: Hvilken oppfølging blir gitt fra kommunen til de med alvorlige psykiske lidelser både før og etter eventuell behandling i spesialisthelsetjenesten?

Ifølge veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne er brukere med vold- og utageringsproblematikk en mindre gruppe som har behov for særlig tilpassede og samtidige

helse- og omsorgstjenester. De har vanskeligheter med å finne egnet bolig og opprettholde boforholdet over tid, samtidig som de ofte faller ut av oppfølgings- og behandlingstilbud både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. De har generelt et behov for mer fleksible og tilpassede tilbud, kontinuitet og forutsigbarhet, stabile boforhold og samtidige oppfølgings- og behandlingstilbud. Det innebærer også at voldsproblematikk og rusmiddelavhengighet behandles samtidig som den psykiske grunnlidelsen.

Revisjonskriterium:

- Haugesund kommune har et godt tilpasset tilbud til brukere med alvorlige psykiske lidelser og en forhøyet voldsrisiko. Tilbudet skaper kontinuitet, forutsigbarhet og stabile boforhold.

Vi starter dette kapitlet med å gi eksempler på hvilken oppfølging brukerne får fra de ambulerende tjenestene, og mer spesifikt fra Udland bofellesskap og Frelsesarmeens bo-tilbud. Vi beskriver også det som betegnes som de viktigste utfordringene med dagens tilbud og hvilke begrensninger og muligheter som ligger i dagens regelverk. Vi avslutter dette kapitlet med å si litt om hvilket tilbud våre informanter mener er nødvendig for at man skal kunne lykkes bedre med oppfølgingen av disse brukerne i overgangen fra institusjon/fengsel til kommune.

8.2 EKSEMPLER PÅ OPPFØLGING

Tilbakemeldingene tyder på at det ofte er de samme tjenestene disse brukerne får både før og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Men ifølge vedtakskontoret kan det være aktuelt å øke opp tjenestene i overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, for å ivareta bruker best mulig.

Brukerne kan få oppfølging fra oppfølgingstjenesten rus og psykiatri, miljøarbeidertjenesten, hjemmetjenesten eller lavterskeltilbudet i kommunen. Selv om det er rus- og psykiatritjenesten som følger opp de fleste av disse, kan de også få oppfølging fra andre tjenester. Noen får flere tjenester samtidig. Miljøarbeidertjenesten gir veiledning i dagligliv og mht. å bo, slik at de blir i stand til å mestre hverdagen og ha en aktiv og meningsfull tilværelse. Rus- og psykiatritjenesten gir oppfølging og støttesamtaler, mens hjemmetjenesten yter helsetjenester.

Hjemmetjenesten er den eneste ambulerende tjenesten som er tilgjengelig døgnet rundt, og overtar ofte ansvaret for pasientene når de andre avdelingene ikke har åpent.

Vi får opplyst at oppfølgingstjenesten rus og psykiatri har i underkant av 300 brukere, hvorav 150-160 får kommunale tjenester som psykisk helsehjelp og rusoppfølging. 122 brukere er LAR-pasienter. Disse har et vedtak i Helse Fonna og så er det oppfølgingstjenesten som leverer medisinene. Disse brukerne har i utgangspunktet ikke et annet tilbud i kommunen, men dersom de trenger ekstra oppfølging, søkes det om dette: «Vi hjelper dem med det, og det krever en del ekstraarbeid». Av disse brukerne er det, som tidligere nevnt, mellom 15-17 som har en alvorlig psykisk lidelse og en forhøyet voldsrisiko.

Vi får opplyst at retningslinjene i LAR krever enkelte kontrolltiltak, som observert inntak, spytt og urinprøver, for å undersøke bruk av andre rusmidler. Det pekes videre på at pandemien endret oppfølgingen av LAR-pasientene, og at kontrolltiltakene ikke ble gjennomført i denne perioden: «Både LAR-brukerne og de som har psykiske vansker har fått forverret tilstand som en følge av mindre kontakt».

Rus- og psykiatritjenesten gir tjenester til innbyggere som er 18 og over og som har moderate og alvorlige langvarige psykiske lidelser og rusproblemer: «Vi gir dem hjelp til å mestre sin hverdag, i hjemmet, slik at de kan holde på leiligheten, vi handler med dem, tar ut posten, følger dem til spesialisthelsetjenesten og har samtaler med dem. Vi forsøker å få dem til å ta del i livet også utenfor, for eksempel aktiviteter og lignende».

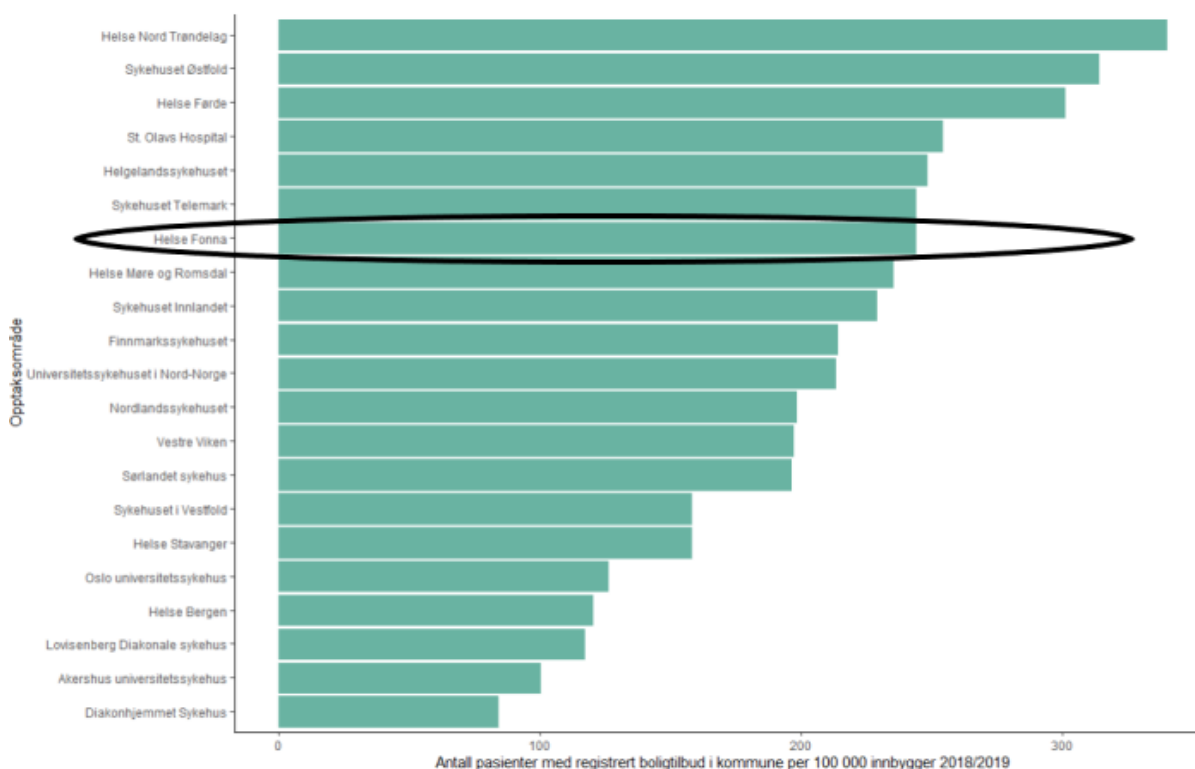
Vi får opplyst at det er mange rusmisbrukere som bor i kommunale leiligheter. De som mottar psykiske helsetjenester bor også i kommunale boliger, men en større andel av disse bor i private hjem eller i bofellesskap.

Ifølge flere av de intervjuede er det ingen av brukerne i vår målgruppe som bor på [Udland](#), selv om også noen av beboerne her utgjør en volds- og samfunnsrisiko. Vi får opplyst at de fleste bor i egen bopel/kommunal leilighet eller på Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter. I de neste avsnittene ser vi derfor først kort på botilbudet i Haugesund, deretter Frelsesarmeens botilbud og til slutt Udland bofellesskap.

8.3 BOTILBUD

Et botilbud i kommunen er viktig for rehabilitering av pasienter med ROP-lidelser. Figuren under viser at kommunene i Helse Fonna kommer relativt godt ut.

Figur 8 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med registrert boligtilbud per 100 000 innbyggere, i 2018/2019



Kilde: Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 2021³³.

Frelsesarmeen i Haugesund opplever at det er flere tilgjengelig boliger nå enn tidligere, og at det er færre personer som blir bostedsløse. Men de forteller at mange av de som bor på deres bo- og omsorgssenter har kort levetid i en kommunal bolig, som gjerne blir rasert av dem selv eller andre. «*De har lav boevne, de skaffer ikke mat, de vasker ikke hus eller klær og de ødelegger inventar*».

8.4 FRELSESARMEENS BO- OG OMSORGSSENTER

Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter er en del av tjenestetilbudet i Haugesund gjennom drift- og tjenesteavtalen mellom Frelsesarmeen og Haugesund kommune.

³³ Rapporten ble presentert den 23. september 2021. Arbeidet har vært ledet av Nikolai Møkleby fra Helse Sør-Øst og Jon Tomas Finnsson fra Helse Nord

Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter er et lavterskel-botilbud for mennesker med rusproblemer som trenger et botilbud eller oppfølging.³⁴ Det finnes et midlertidig botilbud med plass til 14 beboere (trinn en) og 15 omsorgsboliger (trinn to). Det er NAV som tildeler plasser i det midlertidige botilbudet, som er for dem som er i en akuttsituasjon. De har gjerne mistet leiligheten, kommet ut fra fengsel etc. Det er vedtakskontoret som tildeler plasser i omsorgsboligene. Dette er for personer i aktiv rus og det er brukerne i disse boligene som får mest oppmerksomhet her.

Kjennetegnet ved brukerne som bor på trinn to er at de ruser seg aktivt og er «*høye på rus, kriminalitet og vold*». De har utfordringer med rus og psykiatri og har mange år bak seg med soning og psykiatrisk behandling. Vi får opplyst at det er «*tunge*» brukere på begge botiltakene, men at ikke alle på trinn 1 har rusproblematikk: «*Dette er mennesker som er skadet i barndommen. Det er derfor viktig at vi skaper en større felles forståelse for denne målgruppen, slik at de kommer ut av denne runddansen, ut av denne negative spiralen. De fleste som bor her har bodd her i mange år, og får ikke bukt med problemene sine. Noen klarer å komme seg ut av det, og er i full jobb, men de fleste gjør ikke det. Det er psykiske vansker kombinert med rus som gjør det vanskelig*».

Selv om rus er hovedutfordringen er det en god del psykiatri blant beboerne: «*Vi får de brukerne som ingen andre vil ha. Det sier noe om at de er nederst på rangstigen.*»

Det er langt høyere sirkulasjon av beboere på Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter enn på Udland (se under). Maks bo-lengde for trinn 1 er tre måneder. For trinn to er det ingen begrensninger, men gjennomsnittlig botid er fra seks måneder til ett år. Det finnes også de som har bodd der i flere år: «*Vi har ikke sagt opp noen, men de har sagt opp selv. De er vagabonder og havner ofte i konflikt. Det er sjelden at så tunge rusavhengige bor et sted over lang tid. Noen ganger har de gjeld og blir jaget. Da er det tryggere å bo hos en kompis*».

Det er mange beboere som kommer tilbake igjen til bo- og omsorgssenteret, både for andre og tredje gang. Det pekes på at dette er det eneste reelle alternativet i kommunen.

De intervjuede ved Frelsesarmeen hevder at de har en veldig lav bemanningsfaktor: «*Ambisjonen er at det både skal være tilsyn og boveiledning, men det er vanskelig å få til på en tilfredsstillende måte med så lav bemanning. Vi har to på vakt på kveld og natt (en våken og en sovende) og tre på dagtid. Vi har 29 brukere totalt.(...) I kontrakten vår står det at vi skal drive boveiledning, og vi har knapt nok kapasitet til det. Vi har ikke kapasitet til å følge brukerne til lege eller være med å handle, det er knapt mulig på dagtid, når vi er tre på vakt, pluss leder*».

³⁴ Informasjonen i denne delen er basert på tilbakemeldinger fra de intervjuede i Frelsesarmeen eller deres nettsider, med mindre noe annet er presisert i teksten.

Noen av brukerne som bor hos Frelsesarmeen, får oppfølging fra rus- og psykiatritjenesten. Fra Frelsesarmeen pekes det på at nøklene til mer målrettede tjenester for disse brukerne er *«en skikkelig bolig og mer individuell oppfølging, at vi klarer vi å ramme dem bedre inn»*. De mener man da vil kunne skape en tettere relasjon med brukerne, som er avgjørende for å lykkes: *«For disse brukerne er fattige på relasjoner, men oppfølgingen fra ruskonsulentene skjer mellom åtte og tre»*.

Kommuneoverlegen opplever at brukerne på trinn to ikke roer seg ned på samme måte som ved Udland bofellesskap. Han er usikker på om dette skyldes beboerne, rusen eller rammene rundt: *«Når man havner på Udland er det mer gjennomtenkt og planlagt, mens Trinn to er et sted man får tildelt fordi det ikke er noe alternativ»*.

8.5 UDLAND BOFELLESSKAP

Udland bofellesskap er boliger med heldøgnsbemanning som yter tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.³⁵ Mange av brukerne ved Udland kommer direkte fra Valen sykehus, men noen ganger har de vært innom DPS først. De mindre farlige overføres gjerne til DPS før Udland, mens de farligste kommer direkte fra Valen.

Vi får opplyst at de fleste som kommer fra Valen, har vært der ett eller to år, og av og til lengre enn det også.

Beboerne kan også komme direkte fra hjemmet, for eksempel ved at de bor hos foreldre. Da har de gjerne vært fulgt opp av [ACT](#) og oppfølgingstjenesten, og så ser man at dette ikke fungerer lenger.

Enkelte av beboerne har blitt dømt til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), disse utgjør en volds- og samfunnsrisiko, og har 2-1-bemanning.

Bofellesskapet har 32 leiligheter, og 25 som bor der per i dag. Det er en høy terskel for å få plass på Udland, de skal ha prøvd annen oppfølging før de kommer dit: *«Vi har ikke mange plasser igjen, derfor er terskelen høy»*. De som trenger rammene på Udland bofellesskap får plass dersom det vurderes å være behov for 24/7 omsorg.

Det er per i dag ingen venteliste, og lav sirkulasjon. I løpet av de siste åtte årene er det to som har flyttet ut, fordi de ønsket å klare seg med lettere oppfølging fra hjemmetjenesten. Men de fleste blir boende til de faller fra.

³⁵ Faktainformasjonen om Udland kommer fra enhetsleder, med mindre noe annet er presisert i teksten.

Det er stor spredning i bistandsbehov hos beboerne. De fleste har liten eller ingen boevne. Noen har bare tilsyn, noen får oppfølging ti timer i uken, andre har oppfølging hele døgnet, og atter andre har to personer rundt seg hele tiden.

Ifølge kommuneoverlegen er Udland bofellesskap et eksempel på noe som fungerer godt i kommunen. Innrammingen der har en positiv effekt på den enkelte: *«De roer seg ned, og det blir en stabilitet rundt dem.(...). De er mindre involvert i politi og mindre involvert i psykisk helsevern»* (spesialisthelsetjenesten, vår anm.).

Lederen for Udland bofellesskap sa det slik: *«Erfaringen vår er at mange klarer seg bedre på egenhånd her. De var dårlige når de fikk tildelt plass på Udland, men er blitt bedre etter innrammingen de har fått her (...). De får hjelp til å leve bedre på tross av sine psykiske utfordringer.»*

Kommunelegen peker samtidig på at en forutsetning for å kunne bli boende på Udland er at du må være i stand til å ta imot hjelp fra andre, og innrette deg etter et system. Og de kan heller ikke ruse seg aktivt, slik som ved Frelsesarmeens botilbud.

I intervjuene peker flere på at de mest krevende brukerne, dvs. de som er målgruppen for dette prosjektet, ofte ikke vil bo på en plass som Udland: *«De vil ikke underlegge seg overvåkning, de vil ikke forholde seg til personal og strukturer og regler»*. Det pekes på at disse har alvorlige psykiatriske lidelser med periodevise psykoser, som forverres ved rusbruk: *«De personene som er farlige er individualister, de vil takke nei til et slikt tilbud, de vil bestemme selv hvor de skal bo. Som regel ender de opp i en kommunal leilighet eller på Trinn to hos Frelsesarmeen.»*

8.6 ET FRAGMENTERT TILBUD

Flere utenfor kommunen mener at rus- og psykiatritilbudet i Haugesund er bra. Fra Frelsesarmeen pekes det på at kvaliteten på det rusfaglige arbeidet er bra, og at det er mange tilbud, men at noen brukere ikke *«rekker opp til matfatet.»* De intervjuede fra Valen sykehus mener at psykiatritilbudet i kommunen er bra, men at *«utfordringen er at det er så mange forskjellige instanser som er inne. Tilbudet er veldig splittet opp, det er så mange instanser inne, det er så mange personer. Brukerne trenger noen få og tette relasjoner, de trenger noen de kan stole på, noen som kan overtale dem til ikke å ta dumme valg.»*

Også flere av de intervjuede i Haugesund mener at det samlede tilbudet i kommunen er godt, i den forstand at det er mange som kan fange dem opp og gi dem hjelp. Samtidig pekes det på mange av disse brukerne ikke vil fanges opp, og de shopper tjenester: *«De vil ha LAR hos oss, men de backer ut når vi vil gi dem mer. De er innom lavterskel helsestasjon og får sårstell, de er innom matstasjoner osv.»*

Ifølge de intervjuede ved Valen sykehus er hovedutfordringen med dagens tilbud i Haugesund den store fragmenteringen og mangelen på tette relasjoner, som en følge av dette.

8.7 KORTVARIGE REPETERENDE TJENESTER – TIL HVILKEN NYTTE?

Normalt vil hjelpen fra spesialisthelsetjenesten, kommunen og politiet (og kriminalomsorgen) føre til at de fleste får god hjelp, men ikke for målgruppen for vår undersøkelse³⁶: «Våre» brukere har ofte psykiatriske lidelser, har vist voldskapasitet og begått kriminelle handlinger, som gjerne forsterkes med ulike former for rusbruk.

Ifølge politistasjonssjefen forårsaker denne gruppen mange lovbrudd og dramatiske hendelser, med hyppige gjentakelser. De er storforbrukere av tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten og i politiet, og alle partene kjenner dem vanligvis godt. Politistasjonssjefen skriver det slik³⁷: *Flere av de vi kommer i befatning med lever i en situasjon der de ikke er i stand til å ta gode beslutninger for seg selv. Ofte ender de opp med å motta repeterende kortvarige tiltak fra politi, helsevesen og kommune som ikke er virkningsfulle i forhold til helsesituasjon eller livssituasjon.*

Politistasjonssjefen peker på at alle instanser gjør jobben sin isolert sett, men at dette ikke fører til bedre livskvalitet for brukeren. Dette henger dels sammen med at de ikke ønsker hjelp og dels med at kravet til samtykkekompetanse er oppfylt, dvs. at de kan velge å si nei til oppfølging: *«De vil ikke ha hjelp (...) Dette fører til at vi repeterer. Det blir kortvarige inngrep og de blir raskt ført tilbake til den opprinnelige situasjonen. Det blir veldig mange oppdrag – ikke så mange personer – men mange repeterende oppdrag».*

Politistasjonssjefen forteller at det er mange av disse oppdragene, nesten daglig: *«Sånn er det rundtomkring i hele landet».* Han peker videre på at mange av disse personene lever ganske triste liv, men de vil ikke ta imot hjelp. De faller derfor mellom alle stoler, og kommer ikke ut av den negative spiralen.

Til tross for at disse brukerne mottar mange offentlige tjenester og hjelpetiltak, ser man ikke den langvarige effekten av innsatsen. Det samme mønsteret har en tendens til å gjenta seg, uten at brukerne kommer ut av det negative mønsteret. Det kan gå fint en stund, med trygg innramming på institusjon, men når de kommer tilbake igjen til samfunnet og ikke mottar nødvendig bistand, bærer det fort tilbake til kriminalitet og det som var utgangspunktet for den første innleggelsen.

³⁶ Jf. intervju med politistasjonssjef og dette var også et viktig poeng i Karl Melles (overlege, St.Olavs hospital) innlegg på Fagfokus psykisk helsevern og samfunnsvern, 23.05.2022, dvs. at utviklingen innen psykiatrien har vært positiv for det store flertallet, men negativt for en liten ressurskrevende gruppe som legger beslag på 80 prosent av ressursene.

³⁷ Høringsuttalelse fra politiet ifm. *Høring – Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne*, datert 07.06.2021

I likhet med en rekke andre, peker også politistasjonssjefen på at denne brukergruppen fungerer godt når de er «rammet inn» i fengsel eller på et psykiatrisk sykehus: «Men de faller fort tilbake når de kommer ut». Og han fortsetter: «Når vi har hatt denne runddansen over en lengre periode, og vi har satt inn tiltak som ikke virker mange ganger, kanskje vi da bør gjøre noe annet? Men regelverket og rammene legger begrensninger, alle gjør sin jobb, men det hjelper ikke. Vi repeterer».

Han mener at hjelpen først kommer når noe dramatisk skjer: «Da er det tvang, da får de ikke lov å velge lenger». Dette framheves også av leder for Undersøkelseskommisjonen, Pål Iden: *En fellesnevner vi har funnet, er at disse drapene ofte betegnes som en varslet katastrofe. Det er en del tegn som kunne ha vært fanget opp dersom man hadde hatt hele bildet på forhånd. Det er mange ulike aktører som sitter med ulik forståelse og ulike deler av virkeligheten, og ingen som ser helheten så godt.*³⁸

Også leder for oppfølgingstjenesten rus og psykiatri hevder at man har litt å gå på i lovverket, og at man må være bevisste på handlingsrommet. Men for å få til dette mener hun at et tett [samarbeid](#) med en viss informasjonsutveksling trengs: «I så måte er Kongsbergsaken et paradoks. Der hadde de vært bekymret over så lang tid, men han hadde fremdeles samtykkekompetanse, og de kunne ikke gripe inn med tvang. Derfor kunne de ikke gripe inn og gi hjelp. Men etter at han begår drapet, blir han erklært utilregnelig og kan ikke dømmes. Hvordan kan det ha seg?»

Flere av de vi har intervjuet mener at kravene til samtykke begrenser mulighetene til å følge opp brukerne på en god måte og beskytte samfunnet mot disse.

8.8 SAMTYKKEKOMPETANSE

I september 2017 ble lov om psykisk helsevern endret. Endringene i 2017 innebar at psykisk syke ikke lenger kunne bli innlagt eller behandlet mot sin vilje dersom de hadde samtykkekompetanse³⁹.

Dette betyr at pasienter som vurderes å ha samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud om innleggelse og behandling eller selv avslutte opphold og behandling i psykisk helsevern⁴⁰. Loven

³⁸ Uttalelse fra Pål Iden, leder av Undersøkelseskommisjonen, under lanseringen av rapporten «Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?».

³⁹ [Endringer i lov om psykisk helsevern | Statsforvalteren.no](#)

⁴⁰ [Ekspertutvalg om tvang - regjeringen.no](#)

stiller en rekke krav for at helsepersonell skal kunne fatte vedtak om tvang⁴¹. Vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Flere peker på at det kan være vanskelig å vurdere den enkeltes samtykkekompetanse, men at skillet går mellom om de forstår/ikke forstår at de trenger hjelp. Dette ble formulert slik i intervjuene våre: *«De må forstå at de trenger hjelp for å ha samtykkekompetanse. Dersom de er psykotiske og ikke er i stand til å forstå at de trenger hjelp eller konsekvensene av å ikke få hjelp, har de ikke samtykkekompetanse»*.

I sluttrapporten for Bolig for velferd peker Haugesund kommune på at deres handlingsrom svekkes når at brukerne ikke gir samtykke til å dele informasjon mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og på tvers i spesialisthelsetjenesten mellom helseforetak, DPS og behandling sin stusjon: *«Ekstra utfordrende blir det når det er snakk om brukere med «trippel diagnoser» eller det politiet omtaler som «tikkende bomber»⁴²*.

Rapporten slår samtidig fast at kommunene og ulike statlige aktører har manglende kjennskap til handlingsrommet mht. taushetsplikt, samtykkeerklæring, informasjonsflyt osv. Ifølge rapporten er det behov for å etablere felles kompetanse på dette området.⁴³

I likhet med mange andre vi har intervjuet, mener politistasjonssjefen at kravene til samtykke svekker samfunnets muligheter til å følge opp en svært utsatt gruppe på en god måte: *Det er en uttalt bekymring i politiet for at endringen fra 2017 i retningslinjene for hvordan samtykkekompetanse skal vurderes ved tvangsinnleggelse, medfører at en utsatt gruppe pasienter nå risikerer å bli sykere og farligere før de får adekvat hjelp. Dette påvirker sannsynligvis også samfunnsvernet.⁴⁴*

Ifølge de intervjuede i Frelsesarmeen er bruk av tvang også et stadig tilbakevinnende tema innen rusfeltet, *«og jeg mener at noen ganger griper vi for sent inn. Jeg blir fortvilet og har vært det lenge. Det er unge liv som går til grunne, og vi toer hendene. Jeg tviler på at de har den samtykkekompetansen det vises til. Noen ganger tenker jeg at det er betimelig å vurdere samtykkekompetanse i akutte situasjoner. Mange er så nedkjørte og syke både fysisk og psykisk at de ikke ser muligheter for hjelp. Flere er virkelig ute å kjøre. De er ruset og på grensen til*

⁴¹ Se §§ 3-2 og 3-3 i lov om psykisk helsevern.

⁴² Mer velferd med Bolig for velferd? Sluttrapport for gjennomføring av prosjektet. Tiltaksplan Bolig for velferd i Rogaland og Vestland 2018-2022

⁴³ Mer velferd med Bolig for velferd? Sluttrapport for gjennomføring av prosjektet. Tiltaksplan Bolig for velferd i Rogaland og Vestland 2018-2022

⁴⁴ Høringsuttalelse fra politiet ifm. Høring – Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, datert 07.06.2021

psykotisk». Politistasjonssjefen stiller spørsmål ved om man heller skulle gått inn i en tidsperiode med tiltak som har elementer av tvang, for å bryte et livsløp som åpenbart er dårlig for vedkommende: «Det er for mange slike eksempler og det er trist å se at dette kommer i kjølvannet av dramatiske hendelser».

Politistasjonssjefen understreker at man ikke kan bruke inngripende tiltak eller tvang som rene forebyggende tiltak: «Slike tiltak må komme som en følge av tidligere adferd og en psykiatrisk vurdering av farlighet». Han mener likevel det er sannsynlig at en tverrfaglig vurdering av enkeltpersoner med sammensatte utfordringer fra helsevesen, kommune og politi kan medføre bedre beslutningsgrunnlag for behandlings- og botiltak, som gir bedre resultater for brukeren og samfunnet.

Han er tilhenger av så lite inngripende tiltak som mulig, men mener det er svært uheldig dersom tiltakende er for lite inngripende og det blir begått en alvorlig voldshandling: «Etter en slik hendelse iverksettes vanligvis de mest inngripende tiltakene som samfunnet har tilgjengelig, enten det betyr dom på fengsel eller tvungent psykisk helsevern».

Politistasjonssjefen mener man bør se nærmere på hvordan man skal sikre at disse pasientene får en mer varig effekt av hjelpetiltakene, slik at de kan komme ut av den negative spiralen. Han tror en riktigere bruk av tvang vil kunne bety at det totalt sett brukes mindre tvang, samt at det sparer både gjerningsmann, ofre og pårørende lidelsen som kommer i kjølvannet av alvorlig skade og død.

Det kan i den forbindelse være verdt å nevne at regjeringen har oppnevnt et ekspertutvalg som skal evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern. Utvalget skal levere sin innstilling innen 1. mai 2023.

Men hvordan er mulighetene i dag? Utnyttes mulighetene innenfor dagens regelverk godt nok? Dette spørsmålet stilte vi våre informanter. I avsnittet under forsøker vi å oppsummere tilbakemeldingene.

8.9 MULIGHETER INNENFOR GJELDENE REGELVERK

8.9.1 TVANGSMULIGHETER

Både politiet, fastleger, legevakt og kommuneoverlege kan kreve at pasienter blir innlagt.

Undersøkelseskommissjonen kritiserte politiet i 2021 for å ikke bruke sin mulighet for tvangsbruk godt nok: «Når politiet kommer i kontakt med personer de tror har psykose og er til fare for andre, bør de i større grad enn i dag vurdere å begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. En begjæring vil kunne bidra til at pasienten får nødvendig helsehjelp». Også kommuneoverlegen mener politiet bør bruke denne muligheten i større grad, spesielt tvungen judisiell observasjon.

Fra politiet pekes det på at den gamle Tutor-begjæringen (den tidligere hjemmelen for tvang) ble endret med ny lov om psykisk helsevern. Politiets inntrykk er at tutor-begjæringen var lettere tilgjengelig, mens det nå er et mer grundig arbeid som må gjøres før politiet kan begjære innleggelse (Jf. § 3-6).

Politistasjonssjefen erkjenner at politiet kan bli bedre på å bruke denne paragrafen mer aktivt, men mener det har blitt en større oppmerksomhet omkring politiets mulighet til å begjære innleggelse de siste årene. En fordel med å begjære innleggelse er at politiet får partsrettigheter og melding når pasienten skrives ut fra spesialisthelsetjenesten.

Selv om politistasjonssjefen opplever at kritikken mot politiets (manglende) bruk av tvang er berettiget, mener han likevel ikke at det er dette som er hovedutfordringen med oppfølgingen av denne gruppen. Ifølge ham er hovedutfordringen den beskrevne system- og kapasitetsutfordringen, dvs. repeterende tjenestesirkler, som består av kortvarige tjenester fra kommune, politiet og spesialisthelsetjenesten, men som ikke gir noen langvarig effekt, og som ikke hjelper brukeren ut av den onde sirkelen.

Fra kommunen pekes det på at også spesialisthelsetjenesten burde kunne anvendt sin mulighet for tilbakeholdelse i større grad enn det som gjøres i dag. I en del tilfeller der en pasient blir tvangsinnlagt av lege, mener kommuneoverlegen at spesialisthelsetjenesten bruker for liten tid på å vurdere om vilkårene for tilbakeholdelse er oppfylt. Han peker på at dette gjerne resulterer i at pasientene blir skrevet ut få timer etter at de er lagt inn, og mener at spesialisthelsetjenesten bør utnytte mulighetene de har innenfor sitt regelverk.

Kommuneoverlegen mener kommunen bruker tvang nok, og at man utnytter det handlingsrommet som finnes. Fra legevakten pekes det på at de fleste pasientene herfra ikke blir lagt inn, og av de som blir lagt inn, legges de fleste inn frivillig. De forteller at de sjelden legger inn pasienter på tvang, og at de kvier seg litt for dette. Dette har sammenheng med at de kun har informasjonsgrunnlag fra en samtale, og at det ikke alltid er så mye de får ut av pasienten. De opplever derfor at grunnlaget for en tvangsinnleggelse blir for tynt.

DPS mener at *«kommunene og politiet kanskje bruker det litt for lite.»* Men de peker samtidig på at dersom en pasient ikke er en akutt fare for seg selv eller andre, skal det ikke brukes tvang, forutsatt at brukeren har samtykkekompetanse. *«Det er lov å være psykisk syk, det er lov å ruse seg, og det er begrensede muligheter for å bruke tvang. Tvang på TUD er en illusjon om kontroll. Vi har fint lite kontroll på hva pasienten foretar seg når vedkommende ikke er her».* Fra ACT-teamet pekes det på at man har bedre kontroll gjennom å jobbe med relasjonen med disse brukerne og følge dem tett opp. Dette fungerer ofte bedre enn å bruke tvang, hevdes det.

AST-teamet ved Valen sykehus forteller at de er helt enige i at det burde vært større rom for å bruke tvang i kommunen. De mener likevel at det er et handlingsrom innenfor gjeldende lovverk, og at det er en gråsoner: *«Inntrykket vårt er at kommunene var mer villige til å prøve ut gråsonen*

tidligere. Nå er de mer forsiktige, og har lagt seg på en mer absolutt lovfortolkning. Dette begrenser også innrammingen av pasienten».

De sitter med et inntrykk av at brukermedvirkningen (Recovery) trekkes for langt: *«Det virker som de tenker at pasientene skal bestemme alt selv. Men det er en misforstått form for omsorg. Dersom du er schizofren er det å være ambivalent en del av diagnosen, som kan resultere i tilbaketrekking og initiativløshet. Det er derfor viktig at de blir rammet inn på en bedre måte, slik at de kan fungerer trygt (...) Dersom vedkommende ønsker å ruse seg, og kjøpe alkohol, er det omsorg å prøve å få brukeren fra dette.»*

8.10 - DE TRENGER ET BEDRE ETTERVERN

Flere vi har intervjuet mener at en tettere oppfølging i form av et godt ettervern mangler i overgangen mellom institusjon/fengsel og kommune: *«De trenger en annen type bolig – ikke en kommunal leilighet. Dersom du har vært ett år i behandling og kommer tilbake til samme leilighet, skal du være rimelig sterk for å klare deg».*

I intervjuene ba vi informantene om å konkretisere hva de mente med et bedre ettervern i overgangen. Vi oppsummerer dette punktvis under:

- Etter behandling må det stå noen som kan følge pasientene opp tett og trinnvis tilbake til et verdig liv. De må ikke bli møtt med en nøkkel og en tom leilighet. Mange av disse innbyggerne har ikke nettverk: *«Jeg har vært i begravelser der det kun er meg og presten til stede. Det er disse jeg snakker om».*
- De trenger overgangsboliger slik som friomsorgen har
- Når de kommer tilbake til «samfunnet» igjen er det ofte så kaotisk i hodet, og da trenger de gjerne noen å snakke med når de blir urolige. *«Vi skulle hatt et bofelleskap med en base bestående av ansatte som kjenner brukeren, og som kan regulere brukeren».*
- De trenger også en oppfølging som kan demme opp for deres manglende boevne.
- De trenger tilrettelagte boliger med mulighet for å få kontakt med personal, der det er lav terskel for å be om hjelp og støtte til både rusmestring og praktiske ting. Mange trenger i en overgangsfase en «medvandrer» inn i et rusfritt liv. Mange ting må trenes på, ny sosialkompetanse skal opparbeides. Mye er «mistet» på veien. Hjelp til deltagelse i sosiale sammenhenger, en treningsarena for sosialt felleskap og samhandling. Nye relasjoner skal skapes, og dette er en stor utfordring for tidligere rusavhengige. Det bør også trenes på naboskap og bokompetanse.
- De trenger et tilbud døgnet rundt, noen de kan ringe til, noen de kan kontakte når de har behov. Om kvelden og natten er det kun legevakten som er et alternativ for en del av disse innbyggerne. *«Med en tettere oppfølging kunne vi nok ha unngått alvorlig problemutvikling hos mange, og at de brøt ut av den negative spiralen de er inne i».*
- Psykisk utviklingshemmede har mye bedre rettigheter enn alvorlig psykisk syke. De har rett på oppfølging og et egnet botilbud.

8.11 VURDERING

Haugesund har mange tilbud for personer med rus- og psykiatrilidelser, og det er ofte de samme tjenestene brukerne mottar før og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Eksterne samarbeidspartnere mener tilbudet i kommunen samlet sett er bra. Det ser ut til at [Udland](#) bofellesskap klarer å gi mennesker med en alvorlig psykisk lidelse en god innramming, og at beboerne klarer seg relativt godt der.

Gjennomgangen tyder imidlertid på at et fåtall av disse brukerne bor på Udland. De vil ikke underlegge seg reglene og rammene som finnes der, derfor bor de enten i egen bopel/kommunal leilighet eller på Frelsesarmeens bo- og omsorgssenter.

Det er likevel en rekke kommunale og statlige aktører som kan gi disse brukerne den nødvendige hjelpen. Problemet er imidlertid at de ofte motsetter det hjelpeapparatet mener er en nødvendig og adekvat oppfølging. I stedet shopper de tjenester ut fra egne akutte behov fra dag til dag. Dermed blir hjelpen ofte fragmentarisk og lite planmessig, og det blir vanskelig for kommunen å holde oversikten over brukerne.

Ifølge hjelpeapparatet er ikke disse brukerne i stand til å ta gode beslutninger som får dem ut av det negative livsløpet, men de har likevel samtykkekompetanse. Dermed havner de inn i en ond sirkel de ikke kommer ut av. De ender opp med å bli storforbrukere av tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten og politiet. Det blir kortvarige inngrep hvert sted, og de blir raskt ført tilbake til den opprinnelige situasjonen, som var utgangspunktet for en innleggelse eller et fengselsopphold. De vil ikke ta imot planmessig hjelp med en viss innramming, og det er en høy terskel for å bruke tvang. Til tross for at samfunnet bruker mye ressurser på disse brukerne, ender de offentlige instansene opp med å repetere det som ikke fungerte sist. Dermed kommer de ikke ut av det negative mønsteret.

Dette er en dårlig løsning for bruker, det er en dårlig løsning for samfunnet, og det er svært ressurskrevende.

Innføringen av samtykkekompetanse (jf. lovendringene i 2017) har svekket kommunen og andre hjelpeinstansers muligheter for å bruke tvang. Dette er positivt for de aller fleste pasientene, men det ser ut til å være negativt for denne brukergruppen. Flere mener det er et stort paradoks at tvang og adekvat hjelp først settes inn i kjølvannet av et drap eller en dramatisk hendelse.

Regjeringen har oppnevnt et ekspertutvalg som skal vurdere samtykkekompetanse og bruk av tvang i psykiatrien. De skal levere sin innstilling i mai 2023. Det betyr at reglene for tvang og samtykke ikke vil endre seg på kort sikt. **Derfor anbefaler** vi kommunen å undersøke hvilket handlingsrom som finnes innenfor gjeldende regelverk.

Gjennomgangen vår tyder på at det er et uutnyttet handlingsrom innenfor gjeldende regelverk. Dette blir det også pekt på i sluttrapporten for *Bolig for velferd*. Undersøkelseskommisjonen peker dessuten på at en del av drapene som blir begått i psykotisk tilstand er en varslet katastrofe,

men det er en del tegn som kunne vært fanget opp dersom man hadde hatt sett hele bildet på forhånd. Det er mange aktører som sitter med ulik forståelse og ulike deler av virkeligheten, men det er vanskelig å se helheten. Dette er også kjernen i poenget til mange av de vi har intervjuet: Det er sannsynlig at en tverrfaglig vurdering fra kommune, helsevesen og politi vil gi et bedre overblikk og et bedre beslutningsgrunnlag for å iverksette egnede tiltak.

Etter vår vurdering er et bedre og tettere samarbeid mellom kommune, politi og spesialisthelsetjenesten det viktigste grepet for å kunne sikre en bedre oppfølging av denne brukergruppen. Økt samhandling vil skape bedre forutsetninger for å forebygge negativ problemutvikling hos disse brukerne. I tillegg vil det skape bedre forutsetninger for å kunne vurdere bruk av tvang og for å iverksette mer adekvate tiltak for å hjelpe dem. I siste instans vil dette kunne bidra til et kortere sykdomsforløp for den enkelte, og samfunnet vil få en bedre beskyttelse.

Etter vår vurdering trenger ikke dette å resultere i økt bruk av tvang, men en riktigere bruk av tvang.

Flere av våre informanter peker på at det er behov for en tettere oppfølging i form av et godt ettervern i overgangen mellom institusjon/fengsel og kommune. Dette gjelder i første rekke de som ikke overføres til Udland, ettersom disse brukerne får en god innramming. Etter vår vurdering er sikringen av en god overgang et aktuelt tema for kommunen å diskutere med samarbeidspartnerne. Et annet viktig tema er hvordan man skal arbeide sammen for at det ikke blir så alvorlig at det ender opp med tvang. Kommunen bør også vurdere om Frelsesarmeen skal innlemmes i et slikt samarbeid, ettersom de sitter på gode kunnskaper om de mest utsatte brukerne.

For å oppsummere: Haugesund kommune ser ut til å ha et bredt og godt rus- og psykiatritilbud, men har vansker med å skape et godt og forutsigbart tilbud for disse brukerne. De motsetter seg ofte hjelp, og shopper tjenester ut fra akutte behov fra dag til dag. Derfor blir hjelpen ofte fragmentarisk og lite planmessig. Et tettere samarbeid og en styrking i overgangen fra institusjon til kommune ser ut til å være de to viktigste grepene for å kunne sikre en bedre oppfølging.

9 SAMARBEID MED EKSTERNE AKTØRER

9.1 REVISJONSKRITERIER

Problemstilling fem: Hvordan fungerer samarbeidet og koordineringen mellom kommunen og de mest sentrale eksterne aktørene?

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her⁴⁵. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Kommunen plikter å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket etter §6-1.

Haugesund kommune har inngått en overordnet samarbeidsavtale med Helse Fonna, i tillegg til mer detaljerte tjenesteavtaler.⁴⁶ **Formålet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter/brukere som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.** En målsetning med avtalene er at helseforetaket og kommunen skal se hverandre som likeverdige parter, med felles eierskap og ansvar for pasienter/brukere. Det skal rettes særlig oppmerksomhet mot å utvikle gode tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Revisjonskriterium:

- Kommunens samarbeid med eksterne aktører bidrar til å skape sammenhengende og bærekraftige tjenester for brukere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko

9.1.1 INGEN SAMARBEIDSAVTALE SOM REGULERER SAMHANDLINGEN RUNDT DISSE BRUKERNE

Helse Stavanger har inngått en egen samarbeidsavtale med hver enkelt av kommunene innen opptaksområdet om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser. Noe tilsvarende eksisterer ikke mellom Helse Fonna og kommunene.

Formålet med avtalen mellom Helse Stavanger og kommunene er å bidra til gode rutiner for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste om og med den enkelte pasient, samt å bidra til bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren. Den beskriver også partenes ansvar og oppgaver og har en egen del om hvordan skal samhandle rundt pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune⁴⁷. Her slås det fast at tjenestene fra kommunen og helseforetaket skal utfylle hverandre, og at man skal prioritere de pasientene som har størst behov for sammenhengende tjenester, og som vurderes å ha best nytte av systematisk samarbeid. Målgruppen for denne

⁴⁵ § 3-4.

⁴⁶ Disse kan finnes her: <https://helse-fonna.no/samarbeidsavtaler#tenesteavtaler>

⁴⁷ Vi har brukt avtalen med

undersøkelsen er blant annet «*Pasienter med alvorlig psykisk lidelser med mange innleggelse eller langvarig innleggelse i det psykiske helsevernet og pasienter med sikkerhetsproblematikk*» og «*Pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse)*».

9.1.2 SYNSPUNKTER PÅ DAGENS SAMARBEID

Vedtakskontoret ønsker et tettere samarbeid og mer systematisk samarbeid med politiet og spesialisthelsetjenesten omkring denne brukergruppen. De mener det er viktig at spesialisthelsetjenesten tar innover seg hva som er mulig å få til innenfor kommunehelsetjenestens lovverk: «*Vi må forstå hverandre, hva vi kan og ikke kan. Vi må ha en fast struktur på dette. Noen ganger tenker de at en bolig på et spesielt sted er løsningen, men det er ikke alltid bolig som er problemet. Vi må se på det totale omfanget av tjenestene vi gir, og operere innenfor det juridiske handlingsrommet vi har*».

Kommuneoverlegen mener at dagens samarbeid ikke er godt nok forankret i lovverk, avtaleverk og ledelse: «*Vi har gått flere runder – vi har prøvd å ha et regelmessig samarbeid om enkeltsaker, og vi har prøvd å holde en fast møtefrekvens. Vi har startet opp og avsluttet dette opp til flere ganger, i tre-fire perioder*».

Han mener det er en tendens til at personskifter og omorganiseringer i spesialisthelsetjenesten og politiet har ført til at samarbeidet har falt bort. «*Det har vært avhengig av nøkkelpersoner, og så er det ikke godt nok forankret i ledelsen*». Han forteller at samarbeidet er «*oppe og går*» igjen nå, men mener det er sårbart, og kan fort forsvinne igjen dersom noen slutter. Dette synes han er uheldig, ettersom det fort kan ta lang tid før man kommer skikkelig i gang med samarbeidet.

Men det er ikke bare kommunen som synes at det er vanskelig å henge med på omorganiseringer og personskifter i spesialisthelsetjenesten. De intervjuede ved Valen sykehus opplever at kommunikasjonen med kommunen er krevende fordi de ikke helt vet hvem de skal snakke med. «*Det er stor utskiftning av ansatte i kommunen. Men når du har en konkret pasient, opplever jeg at samhandlingen fungerer godt*».

Også fra Frelsesarmeen pekes det på at samarbeidet med kommunen har vært litt av og på: «*Kommunen omorganiserer, og vi klarer ikke å følge med (...) Det er mye som har skjedd på tjuve år, mye positivt, men det er vanskelig å få en god oversikt over alle tjenestene som finnes til denne målgruppen*». Som et ledd i å styrke samarbeidet med kommunen, har Frelsesarmeen derfor nylig bedt om få være koordinator for IP og ansvarsgruppe for de som bor på bo- og omsorgssenteret.

Oppfølgingstjenesten rus og psykiatri mener det burde vært flere formelle arenaer der man i fellesskap kan ta opp brukere man er bekymret for: «*Og dersom vi ikke får samtykke, må vi tenke kreativt for å få til en god informasjonsdeling*».

Fra Valen sykehus pekes det på at de har snakket om å styrke samarbeidet i mange år: *«Alle er enige om at vi må samarbeide og snakke sammen, men det sies lite om hva som skal være innholdet i samarbeidet eller hvordan vi skal gjøre det. Hva skal vi snakke om? Hvem skal vi snakke om?»*

Politistasjonssjefen opplever at man har et godt tverrfaglig samarbeid rettet mot barn og unge, men for akkurat for denne gruppen er ikke tverrfagligheten formalisert og systematisert på samme måte. Han mener samarbeidet og systematikken i samarbeidet rettet mot barn og unge er et godt sammenligningsgrunnlag, og et eksempel på et samarbeid man har lyktes med.

Han mener at den viktigste gevinsten med et bedre samarbeid vil være å sikre en bedre håndtering av en sak der problemene er gjentakende og tiltakende er repeterende, uten varig effekt. Det understrekes som viktig å gå ned på individnivå i samarbeidet, selv om dette kan være utfordrende mht. personvernet: *«I noen tilfeller ville informasjonsutvekslingen krevd et samtykke, men mye av faktisk informasjonen har ikke politiet problemer med å dele innenfor vårt regelverk. Spesialisthelsetjenesten og kommunen har tilsynelatende større problemer med å dele med tanke på de juridiske rammene de operer innenfor».*

Det vises blant annet til hvordan samarbeidet er organisert i Danmark, hvor kommunen, spesialisthelsetjenesten og politiet har et mer formalisert samarbeid hvor de diskuterer enkeltpersoner og tiltak. Politistasjonssjefen mener at partene i Haugesund må komme sammen for å diskutere disse brukerne før det skjer en dramatisk hendelse: *«Vi må i fellesskap se på de kortvarige repeterende grepene som er veldig ressurskrevende, men som ikke gir brukeren den nødvendige hjelpen. Hvis vi repeterer de samme tiltakene over lang tid uten tilstrekkelig virkning, må vi ha tilgang på mer virksomme tiltak».*

I sluttrapporten for Bolig for velferd⁴⁸ slås det fast at det er behov for å revidere og/eller inngå samarbeidsavtaler mellom statlige aktører og kommunene, som avklarer rutiner og samhandling spesielt knyttet til kompliserte saker. I tillegg står det at det må etableres felles arenaer for informasjonsutveksling, ansvarsavklaring og kompetanseheving.

⁴⁸ Haugesund er én av fem utvalgte kommuner som har deltatt i prosjektet «Bolig for velferd». Mennesker med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser som mangler eller risikerer å miste sin bolig, var én av to målgrupper i prosjektet. Målet for prosjektet var at målgruppene skulle få rett bolig med riktig oppfølging til rett tid. Prosjektet skulle kartlegge eksisterende tiltak, tjenester og praksiser rettet mot målgruppene, og foreslå eventuelle nye arbeidsprosesser. Prosjektet varte fra 2019 og ut 2021. I alle de fem kommunene ble det satt sammen arbeidsgrupper med representanter fra de involverte fagområdene. I alle kommunene deltok boligjenesten, NAV, flyktningetjenesten, barnevernet og psykisk helse og rus. I Haugesund var det i tillegg med erfaringskonsulent og brukerrepresentant. Av statlige aktører deltok politiet, integrerings- og mangfoldsdirektoratet, helseforetak, kriminalomsorgen og husbanken. Statsforvalteren som lokal prosjektleder hadde månedlige møter med de to deltakerkommunene fra Rogaland og de statlige aktørene.

9.2 EKSEMPLER PÅ FORMALISERT SAMARBEID

9.2.1 BOLIG FOR VELFERD

Bolig for velferd er et eksempel på eksternt samarbeid og har vært et samarbeidsprosjekt mellom et utvalg kommuner og en rekke eksterne aktører, blant annet politiet og helseforetak. Haugesund kommune har listet opp 16 tiltak de ønsker å utvikle videre etter den omfattende kartleggingen som ble gjort i innsiktsfasen. To av disse dreier seg om et videre samarbeid med Helse Fonna (voldsrisiko og veiledning), og Helse Fonna og politiet (utfordrende pasientsaker).

9.3 POLITIETS MODELLER FOR ET TETTERE SAMARBEID

Sør-Vest politidistrikt har parallelt og gjennom Bolig for velferd tatt i bruk to modeller for et tettere samarbeid mellom kommuner, politiet og andre statlige aktører. Gjennom **SLT+-modellen** vil politi og kommunen få bedre kjennskap til hverandres tjenesteområder og hverandres kriminalitetsforebyggende arbeid. Målet er at dette skal gi bedre informasjonsflyt, økt kunnskap og bedre muligheter for felles innsats for å løse felles utfordringer⁴⁹.

I 2022 ble det opprettet et **rus og psykiaritteam (ROP-team)** i Sør-Vest politidistrikt (SVPD). Bakgrunnen for dette var en intern analyse utført av SVPD som avdekket manglende struktur og retningslinjer for arbeidet med ROP-kandidater, både innenfor etterforskning og påtale. Det var også stor variasjon i samarbeidet med kommune og helse. Disse funnene ble sett sammen med at politiets trusselvurdering for 2020 pekte på at det var sannsynlig at flere personer enn tidligere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer vil begå grove voldshandlinger og utgjøre en trussel både for seg selv og for samfunnet.

Politistasjonssjefen i Haugesund forteller at psykiatrigruppen i Oslo politidistrikt har hatt et tilsvarende prosjekt, og at SVPDs prosjekt bygger på deres erfaringer. Vi får opplyst at prosjektet i Oslo kan vise til en betydelig reduksjon av negative hendelser av de pasientene som får konkret prioritert oppfølging: *«Det virker altså godt for de som får hjelp. Utfordringen er at hjelpebehovet overstiger kapasiteten».*

ROP-prosjektet i SVPD skal vare i to år og består av to faste etterforskere og en fast påtalejurist. Prosjektets hovedmål er å etablere et samarbeid med relevante aktører for å sikre at det iverksettes tiltak overfor psykisk syke personer som begår kriminalitet, for å sikre en effektiv straffesaksbehandling med høy kvalitet, og dermed

- Forebygge kriminalitet,
- Bedre ivareta rettsikkerheten, og
- Bedre ivareta helserettigheter.

⁴⁹ Haugesund og Sola kommune er invitert med inn i begge disse to samarbeidsmodellene.

Prosjektet har flere delmål, blant annet å etablere samarbeid med relevante interne og eksterne aktører i politidistriktet og utarbeide retningslinjer for «best practice» for håndtering av ROP-kandidater.

De intervjuede i kommunen er veldig positive til politiets nye ROP-team, og at man tenker mer i retning av å forebygge uheldige situasjoner og voldshendelser, og tenker mer helse. Teamet orienterte om sitt mandat for ansatte i Haugesund kommune i august 2022.

9.4 IP OG ANSVARSGRUPPE

Hensikten med å ha en IP og ansvarsgruppe er å sikre et tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinerte tjenester, der deltakerne er fastere forpliktet enn om de ulike tjenesteyterne kun kontaktes ved behov.

Formålet med individuell plan og koordinator er å sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse, styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, samt styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan. Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan⁵⁰.

Det er i dag veldig få av brukerne som har IP og ansvarsgruppe. Leder for rus- og psykiatritjenesten sa det slik: «*Både personal og brukere er ambivalente til dette. Det er en oppfatning om at det er mye papir og byråkrati, jeg tenker at IPen kom skjevt ut i starten*»

Noen brukere har IP og ansvarsgruppe, men det er ikke alltid brukerne ønsker å være til stede på ansvarsgruppemøtene. Vi får opplyst at det noen ganger likevel gjennomføres ansvarsgruppemøter, forutsatt at brukeren har gitt samtykke til dette. I slike tilfeller er det likevel viktig at tjenesteyterne møtes, hevdes det, fordi møtene bidrar til å systematisere samarbeidet rundt brukeren.

Også helseforetakene opplever at IP og ansvarsgruppe i liten grad brukes⁵¹. Samtidig beskrives det som utfordrende å finne nye samarbeidsformer som ikke er lovhjemlet, slik som IPen.

⁵⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter>

⁵¹ Bolig for velferd. Sluttrapport.

Som nevnt har Frelsesarmeen nylig bedt om få være koordinator for IP og ansvarsgruppe for de som bor på bo- og omsorgssenteret, som et ledd i å styrke samarbeidet med kommunen. De forteller at det er flere tilbud til brukergruppen deres, men at det er vanskelig å komme i posisjon og knytte det sammen: «Gjennom koordineringsansvaret håper vi at vi får en bedre oversikt over hvilke tjenester som finnes. Uten en slik oversikt risikerer vi at noen får ingenting og noen får dobbelt opp, dvs. like tjenester fra flere steder. Eksterne som oss må være med i den loopen».

9.5 VURDERING

Det er en rekke kommunale og statlige aktører som gir tjenester til målgruppen for dette prosjektet. Det er et betydelig samarbeid mellom de ulike aktørene, men det varierer hvem som samarbeider med hvem, alt etter behov.

Gjennomgangen tyder på at det er behov for en sterkere formalisering av samarbeidet mellom kommune, spesialisthelsetjenesten og politiet. I dag ser det ut til at samarbeidet er for personavhengig, og kan noen ganger bortfalle ved omorganiseringer eller utskiftning av personell. Men alle er positive til et mer strukturert samarbeid, og tror dette er avgjørende for å kunne følge opp brukerne på en best mulig måte og for å kunne ivareta samfunnsvernet.

Helse Stavanger har inngått en samarbeidsavtale med hver enkelt av kommunene innen opptaksområdet om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser. Noe tilsvarende eksisterer ikke mellom Helse Fonna og kommunene. Denne samarbeidsavtalen skal prioritere de pasientene som har størst behov for sammenhengende tjenester, blant annet brukere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko.

Vi anbefaler Haugesund kommune å kontakte Helse Fonna for å vurdere å formalisere samarbeidet omkring pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser.

Én mulighet er å etablere en egen samarbeidsavtale om pasientforløp for denne gruppen, slik Helse Stavanger har gjort. Et annet alternativ er å tilpasse gjeldende avtaleverk til også å gjelde denne brukergruppen. Det er formaliseringen av samarbeidet som er det viktigste, ikke hvordan dette nedfelles i avtaleverket.

Etter vår vurdering vil en slik avtale gi samarbeidet den formelle forankringen som etterlyses i intervjuene. Det er opp til kommunen og helseforetaket å vurdere det konkrete innholdet i samarbeidsavtalen, og om den også skal involvere politiet eller andre aktører.

Gjennom et mer formalisert samarbeid, med faste møtepunkter og en fast samarbeidsstruktur, vil det være lettere å få en oversikt over de lovmessige rammebetingelsene samarbeidspartnerne opererer innenfor, og hvilket handlingsrom man totalt sett har i oppfølgingen av «våre brukere». Etter vår vurdering er det grunn til å tro at både handlingsrom og virkemidler vil økes som følge av et tettere samarbeid. Dette vil skape bedre forutsetninger for å kunne gi bærekraftige og sammenhengende tjenester.

Det er ellers positivt å registrere flere gode tilløp til samarbeid mellom relevante aktører på Haugalandet. Både Bolig for velferd og politiets rus- og psykiatriteam (ROP-team) er eksempler på dette. ROP-prosjektet startet opp i 2022, skal vare i to år, og er rettet mot psykisk syke personer som begår kriminalitet. Hensikten med prosjektet er forebygge kriminalitet og styrke helserettighetene gjennom et utstrakt samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnere. Et tilsvarende prosjekt i Oslo kan vise til en betydelig reduksjon av negative hendelser forårsaket av de som har fått oppfølging gjennom prosjektet.

Også [ACT og FACT-teamet](#) ved Haugaland DPS skal bidra til bedre samhandling og en mer sømløs overgang mellom første- og andrelinjetjenesten. Selv om det per i dag ikke er kommunalt ansatte i disse teamene, vil det trolig bli det i FACT-teamet i løpet av en toårsperiode.

Det er i dag veldig få av brukerne som bruker IP og ansvarsgruppe. Dette er en etablert og formell samarbeidsform, som skal sikre enkeltbrukere et mest mulig helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Gjennom denne samarbeidsformen er det mulig for de involverte partene å dele relevant informasjon, uten å bryte med taushetsplikten. Intervjuene tyder imidlertid på at det er en viss motstand mot dette både blant brukere og personal.

Etter vår vurdering ligger det et uutnyttet potensial her, og en revitalisering i bruken av disse verktøyene vil kunne styrke den samlede oppfølgingen av brukerne.

Vi anbefaler kommunen å forsøke å revitalisere bruken av IP og ansvarsgruppe for brukere med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko.

I dette ligger det etter alt å dømme et betydelig motiveringsarbeid, ettersom mange brukerne vil være skeptiske til dette.

Hensikten med begge anbefalingene er å knytte relevante aktører tettere sammen og sikre at sentral informasjon blir delt, slik at oppfølgingen blir bedre. Dersom brukerne ikke vil ha IP og ansvarsgruppe, bør man likevel forsøke å motivere brukerne til å gi samtykke til å dele informasjon med relevante parter. Det sentrale her er å få til en god og nødvendig informasjonsdeling, ikke hvilket verktøy som brukes.

10 SAMORDNING INTERNT

10.1 REVISJONSKRITERIER

Problemstilling nummer seks: Hvordan fungerer samordningen mellom kommunens ulike tjenester?

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her⁵².

- Haugesund kommune har tilrettelagt for intern samhandling mellom enheter som yter tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko

Ettersom vi har brukt mye tid og plass på å kartlegge den eksterne samhandlingen og de ulike aktørenes oppgaver, går vi litt enklere til verks når vi ser på den interne samhandlingen. Det vi har gjort er å undersøke hvordan den nye organiseringen av helse, omsorg og sosiale tjenester (HOS) tilrettelegger for samhandling, samt å intervjuer de ulike partene om hvordan de opplever samhandlingen.

10.2 NY ORGANISERING

Den nye organiseringen av HOS er rettet mer mot forløp og tjenestetype, enn den gamle modellen. Eksempelvis var ambulerende tjenester som hjemmetjenesten, miljøarbeidertjenesten og oppfølgingstjenesten for rus og psykiatri⁵³ organisert under tre ulike virksomheter.⁵⁴ I dag er alle disse enhetene samlet under virksomheten Hjemmetjenester og korttidsopphold.

Direktør for helse, omsorg og sosiale tjenester forteller at hensikten med den nye organiseringen er å sikre god intern samhandling, og at de ulike enhetene tar mer ansvar sammen.

10.3 SYNSPUNKTER PÅ SAMARBEID

Kommuneoverlegen mener det er behov for et mer formalisert internt samarbeid i kommunen rundt målgruppen for dette prosjektet: *«Jeg tror det hadde vært viktig for å fremme mer opplysninger om den enkelte, noe som ville gitt et bedre grunnlag for å vurdere hva vi skulle gjort videre»*. Kommuneoverlegen ser for seg en eventuell involvering av politi og spesialisthelsetjenesten i etterkant av interne møter.

Flere vi har intervjuet peker på at det er mange enheter som jobber med de samme brukerne og mener den nye organiseringen vil bidra til å styrke samhandlingen. Lederen for vedtakskontoret

⁵² § 3-4.

⁵³ Denne enheten het tidligere avdeling, oppfølging og aktivitet, men heter nå oppfølging rus og psykiatri.

⁵⁴ Disse var tidligere organisert under hhv. virksomhetene Helse- og hjemmetjenester, Tiltaks- og boenheten og Psykisk helse og rus.

sa det slik om internt samarbeid, koordinering og samordning: «*Stadig bedre synes jeg. Flinkere til å sette oss ned på tvers for å diskutere sakene sammen. Jeg tror den nye organiseringen er med på å bygge opp under samhandlingen på tvers*». Ifølge leder for hjemmetjenester og korttid er den nye organiseringen et skritt i riktig retning: «*Vi jobber med å knytte tjenestene tettere sammen. Ellers blir hjelpen stykkevis og delt. Siktemålet vårt er å gi mer helhetlige tjenester og mer sømløse løp*».

Direktør peker på at det er vanskelig å vise frem dokumenterte resultater av den nye organiseringen, ettersom den er ny av året: «*Men vi mener allerede nå å se at dagens organisering bedre svarer ut utfordringsbildet vårt enn den gamle*».

Vi får opplyst fra direktør at det i dag er tre nøkkelarenaer for samhandling innenfor direktørområdet. Det ene er ledergruppen, der direktør møter virksomhetslederne. Det andre er pasientflytmøtene, der vedtakskontoret og virksomheter som har brukere som skal inn eller ut av sykehus, møtes. Det tredje er at det er kommet en koordinatorfunksjon innen psykisk helse og rus. «*Totalt sett mener jeg dette skaper en god intern samhandling og et kollektivt og helhetlig eierskap til utfordringene vi står i. Vi kan ikke lenger peke på en virksomhet*».

Så er spørsmålet hvem som har ansvaret for å følge opp dersom brukerne har flere utfordringer, slik vår målgruppe ofte har. Vi får opplyst at det er hovedutfordringen til bruker som avgjør hvilken enhet som har hovedansvaret for oppfølgingen. Eksempelvis har miljøarbeidertjenesten fire-fem brukere som har rusproblemer, men ettersom det er utviklingshemmingen som er hovedutfordringen, er det miljøarbeidertjenesten som har ansvaret: «*Men det kan jo tenkes at situasjonen endrer seg, og at rusmisbruket forverres, og da er det en god samhandling mellom oss i oppfølgingstjenesten. Dersom vedkommende er godt kjent i tjenesten og har god relasjon med våre ansatte, kan dette tale for at vi fortsetter å følge opp*».

10.4 VURDERING

Haugesund kommune omorganiserte direktørområdet helse, omsorg og sosial ved årsskiftet 2021/2022. Omorganiseringen er naturlig nok ikke evaluert ennå, men intervjuene våre tyder på at den nye organiseringen tilrettelegger for en bedre intern samhandling. De intervjuede mener den nye organiseringen bidrar til å bygge opp under samhandlingen på tvers.

11 HVORDAN RUSTES HJEMMETJENESTEPERSONELLET?

11.1 INNLEDNING

I denne delen svarer vi på to av prosjektets problemstillinger. Vi svarer på hvordan hjemmetjenesten rustes for oppgaven når brukerne kommer tilbake fra spesialisthelsetjenesten (nummer 3) og hvilken kompetanse de har til å følge opp de med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko (punkt under problemstilling fire).

Grunnen til at vi behandler disse to sammen, er at forberedelser og kompetanse handler om de ansattes forutsetninger for kunne gi gode tjenester og å være godt forberedt i møtet med brukerne⁵⁵.

Med hjemmetjenester menes her både hjemmetjenestene og oppfølgingstjenestene, ettersom brukerne får oppfølging hjemme av alle disse enhetene.

11.2 FORBEREDELSE OG KOMPETANSE

Som nevnt i kapitlene over deles ikke alle voldsrisikovurderingene med kommunene når de overføres fra sykehuset, og kommunen gjennomfører ikke systematiske voldsrisikovurderinger selv heller. Vi får også opplyst om enkelte glipper i informasjonsoverføringen, selv om mye i overføringen også fungerer bra.

Det pekes videre på at arbeidet med voldsrisikovurderinger og hjemmebesøksrutiner har *«ligget litt nede under pandemien»*. Disse rutinene skal sikre at de ansatte er best mulig forberedt når de går på hjemmebesøk, og vi får opplyst at virksomhetsleder for hjemmetjenester og korttidsopphold jobber med å innarbeide disse rutinene.

Selv om systematikken i forberedelsene mangler, er det ikke slik at de ansatte er helt uforberedte på hva som møter dem. Et eksempel på dette er miljøtjenesten, som tidvis opplever at de ikke kommer inn til brukerne, samtidig som de vet at de ikke har tatt medisinene sine. *«Da er det det vi kaller en forhøyet risiko. Da må vi iverksette tiltak. Da gjør vi en risikovurdering, lager en prosedyrer og har en beredskap. Vi er som regel to personer som går på besøk, vi har en plan på hva vi gjør dersom situasjonen eskaleres, vi dokumenterer det som skjer og er forberedt på det som møter oss»*. Et aktuelt tiltak kan være at brukerne får medisinene sine, men ikke mer, i en

⁵⁵ Dette er en beskrivelse av forberedelser og de ansattes kompetanse til å kunne møte disse brukerne, og deres egen vurdering av dette. Vi anvender derfor ikke revisjonskriterier her.

slik periode. Den øvrige oppfølgingen anses gjerne ikke som livsnødvendig, og man gjenopptar denne når situasjonen har roet seg.

Ifølge leder for hjemmetjenester og oppfølging skal hennes ansatte ha nok informasjon til å kunne gå inn hos bruker og være trygge. Hun mener dette bør være en fast del av voldsrisikovurderingen av nye pasienter, dvs. om de ansatte kan gå alene eller om de absolutt ikke får lov å gå alene.

Vi får videre opplyst at hele tjenesteområdet har en felles metode for å gjøre de ansatte i stand til å stå i krevende situasjoner, MESA. Dette er en mal for konfliktdempende kommunikasjon og for hvordan man bør posisjonere seg fysisk i enkelte situasjoner med enkelte brukere. Det pekes på at kommunen har ansatte som er sertifiserte MESA-instruktører som blant annet viser hvordan de ansatte skal opptre i truende situasjoner.

Fremover skal de involverte tjenestene øve på samtaleteknikk og konfliktdempende kommunikasjon. Vi får opplyst at man frem til i dag har gjort dette en gang i halvåret, men at man nå har ambisjon om å gjøre dette månedlig: *«Tanken er: Jo tryggere du blir, jo mer dempende blir du på den som får hjelp».*

De intervjuede mener at rus- og psykiatrikompetansen er god i kommunen⁵⁶. Lederen for Udland bofellesskap sa det slik: *«I løpet av årene har vi fått ekstremt god kompetanse på utfordrende adferd, selvskading, kommunikasjon og relasjon. Vi følger opp en gruppe det er vanskelig å komme i posisjon til, men vi har god kompetanse på det. Før var det lettere å ty til at en pasient måtte legges inn i spesialisthelsetjenesten, men nå håndterer vi det meste selv. Terskelen for at de blir lagt inn på DPS er veldig høy».*

Oppfølgingstjenesten rus og psykiatri hevder at kompetansen er god i kommunen, men mener det er en nøkkelutfordring å sikre en bedre praktisk opplæring av nyansatte. De ser for seg en tettere oppfølging i starten: *«Vi trenger å bli enda bedre kjent med denne brukergruppen».* Også hun knytter dette opp mot voldsrisikovurderingen, og mener det er viktig de ansatte har denne i pannebrasken når de besøker disse brukerne: *«Dette er en kompleks gruppe, og vi må erkjenne kompleksiteten. Vi må ha en jevnere veiledning av de ansatte om disse. Vi må være bevisste på hva de kan gjøre i gitte situasjonen.»*

11.3 OPPSUMMERING

Gjennomgangen tyder på at systematikken i forberedelsene av de ansatte forberedelser forut for hjemmebesøk kan bli bedre. Kommunen gjennomfører ikke systematiske voldsrisikovurderinger

⁵⁶ Eksempler her er sosionomer, vernepleiere og sykepleiere.

og det har vært mindre oppmerksomhet omkring rutinene før hjemmebesøk under koronapandemien. Kommunen arbeider nå med å utarbeide egne voldsrisikovurderinger og innarbeide hjemmebesøksrutinene igjen.

Selv om systematikken i forberedelsene mangler, er det ikke slik at de ansatte er helt uforberedte på hva som møter dem, noe vi også får flere eksempler på.

Intervjuene tyder på at rus- og psykiatrikompetansen er god i kommunen. Men kommunen erkjenner at det er nødvendig å øke kompetansen på å møte brukere med forhøyet voldsrisiko som bor hjemme. Fremover skal de ansatte øve på samtaleteknikk og konfliktdempende kommunikasjon, og sikre en bedre opplæring av nyansatte.

12 VEDLEGG

12.1 DATAGRUNNLAG

12.1.1 INTERVJUER

Organisasjon	Funksjon	Antall
Kommunedirektør		1
Direktør helse, omsorg og sosiale tj		1
Tilrettelagte tjenester	Leder	1
Hjemmetjenester og korttidsopphold	Leder	1
Oppfølgingstjenesten rus og psykiatri	Leder	1
Vedtaks kontor	Leder	1
Udland bofellesskap	Leder	1
Miljøarbeidertjenesten	Leder	1
Kommuneoverlege		1
Legevakt	Seksjonsleder, fagansv. sykepleier og lege	3
ACT-team	Leder og leder for psykosepoliklinikk v/ DPS	2
Haugesund politistasjon	Politistasjonssjef	1
Valen sykehus, ambulant sikkerhetsteam	Avdelingsleder, lege, sosionom og sykepleier alle tilknyttet teamet	4
Frelesarmeen - trinn to	Daglig leder og enhetsleder	2
FACT-team	Leder (faktasamtale)	1
		22

Kommentar: Kommunedirektør og leder for tilrettelagte tjenester er intervjuet i forbindelse med oppstartsmøtet. Vi har også hatt en faktasamtale med leder for FACT-teamet. Vi har intervjuet alle de øvrige personene. Enkelte har vi hatt runder med oppfølgingsspørsmål og oppklaringer. Med unntak oppstartsmøtet og faktasamtale, er alle intervjuer verifisert.

Vi er informert om at kommunen ikke pleier å evaluere alvorlige hendelser forårsaket av brukerne. Heller ikke drapet på gravlunden har vært gjenstand for systematisk gjennomgang i kommunen.⁵⁷ Statsforvalteren har imidlertid åpnet tilsynssak i denne saken. Vi går derfor ikke nærmere inn i denne saken i dette prosjektet.

12.1.2 DOKUMENTER OG STATISTIKK

- <https://helse-fonna.no/samarbeidsavtaler#tenesteavtaler>
- *Delavtale nr. 2a, Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser.* Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger og kommunene i foretaksområdet
- *Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»?* Tidsskrift for norsk legeförening 23.09.22
- *For få døgnplasser til psykisk syke,* Tidsskrift for norsk legeförening, 22.10.21.
- *Høringsuttalelse fra Sør-Vest politidistrikt ifm. Høring – Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne,* datert 07.06.2021
- *Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?* Helsehjelp og samfunnsvern for pasienter med psykose og økt voldsrisiko. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten
- Randi Rosenqvists innlegg på Fagfokus for psykisk helsevern og samfunnsvern, 23.05.22
- Faktisk.no – tall om antall som dømmes til psykisk helsevern, samt tekst
- Politiets trusselvurdering 2020 og 2021
- *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune - SIFER 2020*
- Stortingsmelding 26 (2015)
- Politiets oversikt over innbyggere som har alvorlige psykiske lidelser og høy risiko for voldsutøvelse (2019)
- *Mer velferd med Bolig for velferd?* Sluttrapport for gjennomføring av prosjektet. Tiltaksplan Bolig for velferd i Rogaland og Vestland 2018-2022.
- Ulike typer voldsrisikovurderinger – referert i tekst.
- *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 2021*
- Endringer i lov om psykisk helsevern | Statsforvalteren.no

⁵⁷ Opplyst i intervjuer.

- <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>.
- Ekspertutvalg om tvang - regjeringen.no
- Gamle og nye organisasjonskart fra Haugesund kommune
- Informasjonsskriv om ROP-prosjektet i Sør-Vest politidistrikt
- <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter>
- Debatten på NRK, 21. oktober 2021

12.2 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER OM RISIKOVURDERINGER

Helsepersonelloven § 4 stiller krav til helsepersonells utførelse av arbeidet. Dette skal være faglig forsvarlig og helsepersonellet skal gi omsorgsfull hjelp. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, må sees i sammenheng med den plikt helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, helsepersonelloven § 16)⁵⁸. Kravet til forsvarlighet i tjenestelovgivningen pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige tjenester. Plikten innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Hva som skal til for at et helsepersonell anses å handle faglig forsvarlig, skal vurderes ut fra hva en kan forvente ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers.

Helsedirektoratets faglige råd ved voldsrisiko beskriver hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan gjøre risikoutredninger og hvilke strukturerte kliniske verktøy som anbefales for å identifisere risiko og for å forebygge mulige voldshandlinger.⁵⁹

En faglig forsvarlig voldsrisikoutredning består av risikovurdering og risikohåndtering. **Målet er tidlig identifikasjon av voldsrisiko hos pasienter, og tidlig intervensjon for å forebygge voldshandlinger.**

Ifølge helsedirektoratet bør en voldsrisikovurdering alltid baseres på tilgjengelige fakta om (eller observasjoner av) voldstanker, voldstrusler eller voldshandlinger. Helsedirektoratet anbefaler dessuten å utforme et tverrfaglig samarbeid for å heve kvaliteten på utredningen: *Tverrfaglig*

⁵⁸ Kilde: Helsedirektoratet.

⁵⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>. Hovedmålgruppen for disse faglige rådene er behandlere og ledere innenfor psykisk helsevern (PH) for ungdom og voksne, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester er også aktuelle, da spesielt ved risikohåndtering.

*samarbeid handler om at ulike yrkesgrupper av helsepersonell med kompetanse på temaet voldsrisiko samarbeider om å gjøre utredningen.*⁶⁰

De mener at sluttvurderingen bør gjøres av en lege eller psykolog som har kompetanse i risikoutredning av vold.

Når risiko er identifisert, bør individuelt utformede tiltak, oppfølgingsrutiner og intervensjoner iverksettes for å forebygge voldshandlinger. Ifølge Helsedirektoratet er målet med en risikovurdering å legge et grunnlag for behandling og oppfølging som kan sikre et tryggere og bedre liv for pasientene og deres omgivelser. *Det forventes at behandler fatter gode faglige beslutninger som veier hensynet til allmenn sikkerhet (samfunnsvernet) opp mot den enkelte pasients rett til frihet og medbestemmelse. Risikohåndtering kan for eksempel i en gitt situasjon være å utsette en utskrivning eller sikre tettere oppfølging etter utskrivning. En annen er å identifisere forvarsel og iverksette forebyggende tiltak når disse observeres.*⁶¹

Det er imidlertid ikke et krav at kommunene skal gjennomføre voldsrisikovurderinger. Helsedirektoratets faglige råd for voldsrisikovurderinger peker på at dette er spesialisthelsetjenestens ansvar, mens kommunens ansvar spesielt er knyttet til risikohåndteringen.

Pasienter som utgjør en fare for andre, kan behandles med tvungent vern uavhengig av samtykkekompetanse. Utfordringen for spesialisthelsetjenesten er å klare å fange opp disse.

I veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne, står det at det er viktig at det i helsetjenestens risikovurdering innhentes kunnskap fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, NAV, politi og/eller andre som har kjennskap til pasienten. Dette skal naturligvis gjøres innenfor reglene for taushetsplikt og opplysningsplikt. Hovedregelen er at dette gjøres iht. informert samtykke. Det er av vesentlig betydning at kartlegging og vurdering foretas i det miljø og i de omgivelser hvor den enkelte oppholder seg til daglig, så langt dette er faglig forsvarlig, eller at informasjon fra denne konteksten innhentes.

⁶⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/hvem-bor-vurdere-voldsrisiko/helsedirektoratet-anbefaler-at-voldsrisikoutredninger-foretas-i-et-tverrfaglig-samarbeid-som-har-nodvendig-kompetanse.sluttvurderingen-bor-gjores-av-en-lege-eller-psykolog-som-har-kompetanse-i-risikoutredning-av-vold>

⁶¹ [Overføringsprosessen - Helsedirektoratet](#)

Ansvar for personer som kan være voldelige er tillagt flere instanser. Det gjelder både politiet, spesialisthelsetjenesten og kommunen. Vellykket forebygging av tilbakefall til vold forutsetter samarbeid mellom alle involverte parter⁶².

For å sikre god oppfølging, er det vesentlig at nødvendig informasjon dokumenteres og formidlers til relevante aktører, innenfor reglene for taushetsplikt og opplysningsplikt. Faglig tilfredsstillende voldsrisikovurderinger forutsetter gjensidig veiledning både internt i tjenestene og mellom tjenester. Dette bidrar til gode og virksomme tjenestetilbud som kan forebygge alvorlige hendelser. Dette vil også bidra til å sikre større grad av likeverdighet i kunnskapsgrunlaget, samt samarbeid og samtidighet i tjenesteutøvelsen.

I veilederen anbefales det at kartleggingen av voldsrisiko bør foregå i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Direktoratet vektlegger videre at risikovurderingene foretas i et tverrfaglig samarbeid med alle de som har nødvendig kompetanse.

Det som kjennetegner målgruppen for vår undersøkelse, er at disse innbyggerne ofte er storforbrukere av tjenester i kommunen, hos politiet og i spesialisthelsetjenesten. Derfor sitter ofte både kommunen, politiet og spesialisthelsetjenesten på viktig informasjon som kan brukes i en voldsrisikovurdering.

Hvis risikovurderingene skal skje i et tverrfaglig samarbeid og kommunene har et viktig delansvar knyttet til risikohåndteringen, er det etter vår vurdering også viktig at kommunene gjøres kjent med disse, såfremt det samtykkes om dette eller dersom samtykkereglene ikke gjelder. Det siste gjelder dersom pasientene er en akutt fare for seg selv eller andre.

Det mest eksplisitte kravet til kommunene om å gjøre en risikovurdering av fare for å bli utsatt for vold, finner vi i arbeidsmiljøloven § 23 A-1. Denne bestemmelsen er rettet mot de ansattes sikkerhet, ikke samfunnsperspektivet. Her står det at arbeidsgiver skal kartlegge *«forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold. Ved planlegging, utforming og utførelse av arbeidet skal arbeidsgiver sørge for en enkeltvis og samlet vurdering av forhold som kan innebære fare for å bli utsatt for vold og trussel om vold»*.

Denne paragrafen stiller imidlertid ikke et eksplisitt krav til å gjøre individuelle risikovurderinger av brukere som kan være farlige. Men risikovurderingen skal blant annet ta hensyn hvilke situasjoner arbeidstaker kan bli utsatt for vold eller trusler, alenearbeid, bemanning og utforming av arbeidslokalenes tekniske løsninger. For ansatte som gir tjenester til brukergrupper hvor en del er alvorlig psykisk syke og har høy voldsrisiko, er det naturlig at risikovurderingen gjøres av hver enkelt bruker. Dette for å kunne oppfylle kravene til hva en risikovurdering særlig skal ta hensyn til.

⁶² <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>.

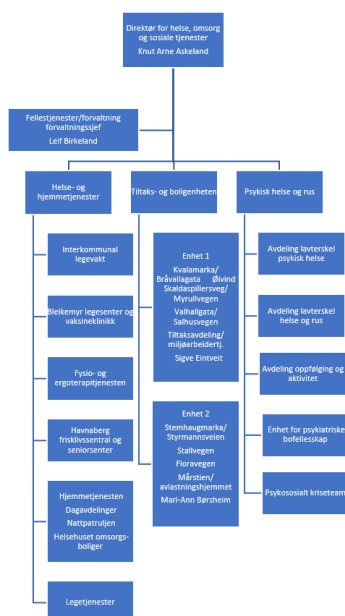
Undersøkelseskommissjonen påpeker at voldsrisikovurderinger må betraktes som ferskvare, og at de må gjentas dersom pasientens situasjon og tilstand endrer seg.

Så selv om det ikke står eksplisitt i lovverket, er det ut fra disse forholdene rimelig å forvente at også kommunen gjør egne voldsrisikovurderinger ved jevne mellomrom.

12.3 ORGANISERING

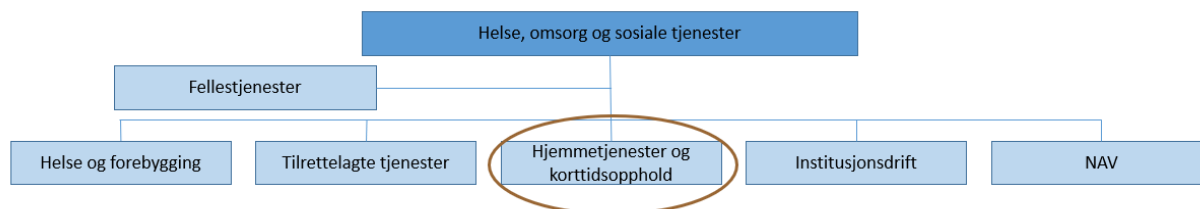
12.3.1 GAMMEL ORGANISERING

I figuren under viser vi den gamle organiseringen av helse, omsorg og sosiale tjenester i Haugesund kommune. Det vil si, vi viser de områdene som har gjennomgått størst forandringer ifm. omorganiseringen i 2022. Vi har ikke tatt med institusjonsdrift og NAV.



12.3.2 NY ORGANISERING

Helse, omsorg og sosiale tjenester



Hjemmetjenester og korttidsopphold

