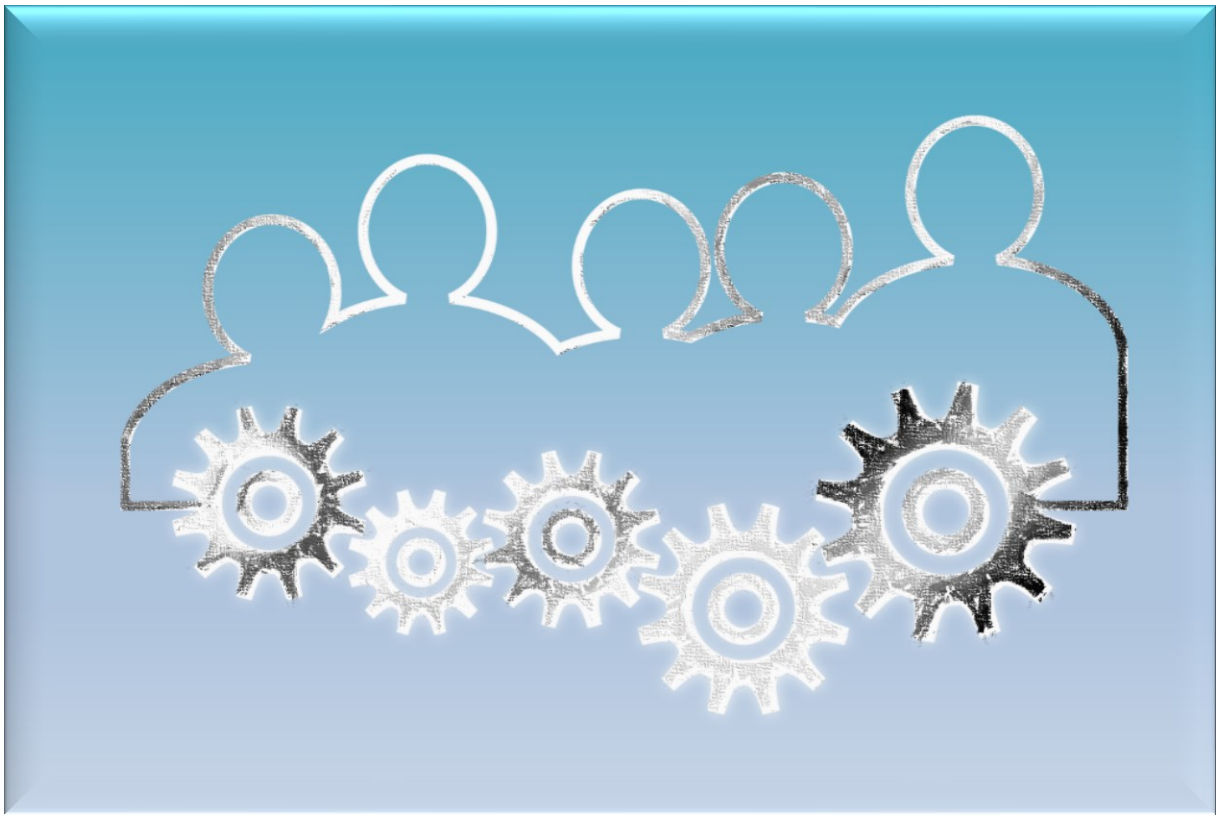
Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien

– en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune

SIFER 2020



Forord

Utfordringer knyttet til utskrivningsprosesser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsproblematikk er beskrevet i flere stortingsmeldinger og tilsynsrapporter de senere årene.

Pasientpopulasjonen har omfattende utfordringer, komplekse behov, og det beskrives i økende grad at både spesialisthelsetjenesten og kommune strever med å gi et adekvat sikkerhets-, behandlings-, og omsorgstilbud.

Det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal utskrives fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger til lavere behandlingsnivå i psykisk helsevern og/eller til kommunen. Denne kunnskapen er nødvendig for å kunne tilpasse tjenestene, slik at de kan gi rett helsehjelp til pasientgruppen på rett omsorgsnivå og håndtere dagens utfordringer på en mest mulig hensiktsmessig måte. Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» er det i 2020 gjennomført en kartlegging av pasienter og utskrivningsprosesser fra sikkerhetsavdeling. Samtidig har en undersøkt andre mottakende avdelinger i psykisk helsevern og kommunene sitt syn på vansker og suksessfaktorer for å få denne pasientgruppen utskrevet.

Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet og er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, seksjon forskning og poliklinikk, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri på vegne av SIFER. SIFER, nasjonalt nettverk for de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri, har definert prosjektet som et nasjonalt samarbeidsprosjekt.

På vegne av prosjektgruppen og med god hjelp fra samarbeidspartnerne i prosjektet er rapporten skrevet av psykologspesialistene Henriette Madsen Eriksen (Lovisenberg DPS), Hilde Jorunn Kvamme (RSA Brøset) og Antje Gross-Benberg (KPS Brøset).

Vi retter en stor takk til alle avdelinger og enheter både i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern og kommunene som har bidratt med entusiasme og engasjement til gjennomføring av dette prosjektet. Vi ønsker videre å takke SIFER, alle tjenestetilbydere og samarbeidspartnere, samt styringsgruppen for innsatsen i prosjektet.

Vi ønsker å takke Helsedirektoratet og vår kontaktperson for evalueringsarbeidet, seniorrådgiver Martin Sjøly, for et godt samarbeid.

Trondheim, 08.10.20

Ragnhild Johansen

Avdelingssjef, St. Olavs Hospital, avdeling Brøset

Innholdsfortegnelse

1. Forord ... 1
   Innholdsfortegnelse ... 2
2. Sammendrag ... 3
3. Bakgrunn for prosjektet ... 4
4. Begrepsavklaringer ... 6
5. Dagens situasjon og rammebetingelser ... 7
   Organisatoriske rammebetingelser ... 7
   Faglige rammebetingelser ... 8
   Juridiske rammebetingelser ... 10
   Økonomiske rammebetingelser ... 12
6. Metode ... 12
   Utvalg ... 12
   Spørreskjema og prosedyre ... 13
   Analysestrategi ... 13
   Personvern, oppbevaring og lagring av data ... 14
   Etiske betraktninger ... 14
   Metodekritikk ... 14
7. Funn og resultater ... 15
   Funn: Utskrivningsklare pasienter ... 16
   Funn: Årsaker til at pasientene ventet på utskrivelse ... 19
   Funn: Samarbeidsprosesser mellom de ulike sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivåene. ... 22
8. Drøfting ... 25
   Sikkerhetspsykiatrien, pasientgruppa og utskrivelse til lavere omsorgsnivå ... 25
   Juridiske rammebetingelser: Ulikheter knyttet opp mot bruk av tvang, samfunnsvern og kommunetilhørighet ... 28
   Økonomiske behov og finansiering knyttet til ressurser som personell, bolig og døgnplasser ... 31
   Samarbeid og samhandling: Hva skal til for at eksisterende forskrifter og prosedyrer tas i bruk? ... 32
9. Tiltak og anbefalinger ... 35
   Organisatoriske rammebetingelser ... 36
   Faglige rammebetingelser ... 36
   Juridiske rammebetingelser ... 37
   Økonomiske rammebetingelser ... 37
10. Prosjektets organisering ... 39
11. Referanser ... 40
12. Vedlegg ... 43
   Vedlegg 1. Oppdragsdokument fra Helsedirektoratet ... 43
   Vedlegg 2. Følgeskriv og spørreskjema ... 44
   Vedlegg 3. Særuttalelse fra NAPHA og Trondheim kommune av 28.10.2020 ... 45

Sammendrag

Dette er sluttrapporten fra prosjektet «Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien». På oppdrag fra Helsedirektoratet har SIFER gjennomført en kartlegging av dagens situasjon og utfordringer knyttet til utskrivning og mottak av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge.

Kartleggingen bygger på resultater fra en spørreskjemabasert undersøkelse sendt til alle regionale og lokale sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge, samt til spesialisthelsetjenestens avdelinger innen psykisk helsevern og kommuner som har mottatt henvendelser om utskrivningsklare pasienter i løpet av 2019. I tillegg er pasienter som var utskrivningsklare fra sikkerhetsavdeling per. 31.12.19 kartlagt.

Kartleggingen viser at mange kommuner og mottakeravdelinger innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern tar imot pasienter med sammensatte utfordringer fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Pasientgruppen har alvorlige psykiske lidelser og forhøyet risiko for framtidig vold, og ofte samtidig rusavhengighet. Kartleggingen viser også en økning i antall utskrivelser. Dette tyder på større gjennomstrømning av pasienter fra sikkerhetsavdeling til det kommunale tjenestetilbudet, samtidig med oppsøkende og ambulerende spesialisthelsetjenester. De vellykkede prosessene finnes, men resultatene indikerer at de skjer mer på tross av enn på grunn av de ytre rammer som foreligger.

Vi har undersøkt hva som ikke fungerer i utskrivelsesprosessen, og funnene peker på komplekse og sammensatte behov, ikke bare hos pasientgruppen, men også for kommunene som skal motta dem. Det handler om lovverk, økonomi, kompetanse, kultur for samhandling og det å danne en felles forståelse for hele utfordringsbildet mellom alle involverte. Dette inkludert egenskaper hos pasienten, så vel som egenskaper ved sikkerhetsavdelingene, mottakeravdelingene og kommunene.

Rapporten belyser videre hvilke tiltak som kan ha betydning for bedret rettssikkerhet og livskvalitet for en utsatt pasientgruppe, hva som må til for å gi helhetlige og koordinerte helsetjenester og bidra til enda bedre pasientflyt, samtidig som samfunnsvernhensynet ivaretas.

En rekke tiltak anbefales på bakgrunn av kartleggingen. Ulike verktøy, inkludert de forskrifter og den kunnskap som eksisterer, må gjøres kjent og faktisk benyttes. Der lovverk står i motsetningsforhold til hverandre eller gir grunnlag for tvetydigheter må dette avklares. Finansieringsordningene må sikre pasientgruppen et helhetlig, differensiert og adekvat tjenestetilbud. Dette må inkludere boligformer som ivaretar både pasientgruppens behandlings- og omsorgsbehov, deres rettssikkerhet knyttet til frihetsbegrensninger og bruk av tvang, samtidig med at samfunnsvernhensynet ivaretas.

Det er behov for videre kartlegging og forskning knyttet til sikkerhetspsykiatriske pasienter og utskrivelsesprosesser. Spesielt med tanke på å ivareta pasientenes eget perspektiv, og for å få mer kunnskap om ulike undergrupper som denne kartleggingen tyder på at er spesielt ressurskrevende og vanskelig å få bosatt ut i kommunen. Et system for bedre og enhetlig registrering av pasientgruppen anses også helt nødvendig for å få en god og tilstrekkelig oversikt over pasientgruppen, noe som ikke er mulig per i dag.

Bakgrunn for prosjektet

Det er en utfordring nasjonalt at pasienter som er vurdert ferdig behandlet ved sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern må vente for lenge i sykehuset før utskrivning til lavere omsorgsnivå kan gjennomføres. Årsakene til slike forsinkelser er lite forsket på og svakt dokumentert. Det er imidlertid gjennomført fire statusundersøkelser av norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger (Kjelsberg m.fl., 2005; Kjelsberg m.fl., 2009; Haaland, 2016; Kilden m.fl., 2020). I de to første statusundersøkelsene rapporterte flertallet av de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene at de ikke alltid fikk skrevet ut pasienter som av dem ble vurdert som utskrivningsklare, og at hovedårsaken var mangel på langtidsplasser og rehabiliteringsplasser i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenestens institusjoner på lavere behandlingsnivå. I den tredje undersøkelsen kom det fram at 71 av de innlagte pasientene på undersøkelsestidspunktet kunne ha vært utskrevet til lavere sikkerhetsnivå, hvorav 46 kunne ha vært utskrevet til hjemkommunen. De fleste av behandlerne mente også at enhetene ikke hadde tilfredsstillende pasientsirkulasjon. Den fjerde rapporten viser stor forskjell på sikkerhetspsykiatrisk kapasitet ved de ulike helseforetakene i landet og at reduksjonen av døgnplasser i allmennpsykiatrien får konsekvenser for sikkerhetspsykiatrien. Flere artikler har også vist til at situasjonen i sikkerhetspsykiatrien er sterkt avhengig av kapasiteten i andre deler av psykiatrien (Husby m.fl., 2003; Sigurjónsdóttir, 2009 a og b). Det er særskilt viktig at døgnplassene i psykisk helsevern driftes på en slik måte at tilgjengeligheten for nye pasienter er tilfredsstillende.

Overføring mellom tjenestenivåene er spesielt utfordrende for pasienter med store sammensatt behov pga. alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet og lavt funksjonsnivå (Ose m.fl. 2019). Pasienter innlagt på norske sikkerhetsavdelinger kjennetegnes av at de har en alvorlig psykisk lidelse, primært i form av psykoselidelse, ofte en eller flere rusdiagnoser og at de har begått voldshandlinger i psykotisk og/eller ruset tilstand (Kjelsberg m.fl., 2005; Kjelsberg m.fl., 2009; Haaland, 2016). Denne pasientgruppen skiller seg vesentlig fra de fleste andre pasientgrupper når det gjelder deres behov for innhold og omfang av behandling, og dermed også hvor ressurskrevende behandling og oppfølging vil være. I en rapport fra Helsedirektoratet pekes det på utfordringer knyttet til egenomsorg, utagerende eller truende atferd, tendens til isolasjon, samt nedsatt evne til involvering og relasjonsbygging, og videre at pasientene gjerne avviser kontakt med andre og ofte har rusmiddelmisbruk og samtidige somatiske lidelser (Helsedirektoratet IS-1554, 2008). Pasientgruppen kjennetegnes også ved bostedsløshet eller problemer med å beholde en bolig, de har hyppige og ikke planlagte innleggelser og konsekvensene ved tilbakefall med tanke på psykiske utfordringer er store, som for eksempel nye psykosegjennombrudd.

Kun et fåtall pasienter er innlagt frivillig i en sikkerhetsavdeling. Pasienter kan være underlagt strafferettslig tvungent psykisk helsevern etter Straffeloven (strl.) § 62. For disse pasientene regulerer psykisk helsevernlovens (phvl.) kap. 5 gjennomføringen av det tvungne vernet. Pasienter som er underlagt sivilrettslig tvungent psykisk helsevern er innlagt etter phvl. §3-3. I tillegg kan enkelte pasienter være innlagt etter andre strafferettslige grunnlag som varetektssurrogat etter Straffeprosessloven (strpl.) § 188, eller til tvungen psykiatrisk undersøkelse etter strpl. § 167. Noen kan også være innlagt etter Straffegjennomføringsloven i institusjon eller sykehus og derav gjennomføre deler av sin soning i sikkerhetsavdeling.

BEON-prinsippet (best effektive omsorgsnivå) i norske helsetjeneste slår fast at en pasient skal behandles og oppholde seg på det nivå som vurderes som riktig behandlings- og omsorgsmessig. Omsorg er ifølge samhandlingsreformen i stadig mindre grad en oppgave for spesialisthelsetjenesten, og intensjonen bak BEON-prinsippet er at omsorg skal gis i hjemkommunen etter Helse- og omsorgsloven (2011) og Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) (St. Meld. 47 2008-2009). På hvilket nivå pasientene bør ivaretas, er imidlertid ikke alltid entydig verken ut ifra pasientenes behandlingsbehov eller det tjenestetilbudet som kan gis på de ulike tjenestenivåene. Legalitetsprinsippet (prinsippet om at inngrep i borgernes frihet krever hjemmel i lov) er nedfelt i Grunnloven § 113. En utfordring er at sentrale prinsipper kan komme i konflikt med hverandre. Dilemmaer knyttet til ivaretakelse av pasientgruppen har skapt diskusjon i over hundre år, i spennet mellom hensynet til den enkelte pasient og hensynet til samfunnsvernet. Om samfunnet skal beskytte seg mot voldshandlinger begått av personer med alvorlig psykisk lidelse, vil noen pasienter få redusert sin frihet og kunne bli underlagt tvang. Dette vil igjen kunne oppfattes å stå i motsetning til nasjonale forventninger til helsetjenesten om minst mulig bruk av tvang. Et samfunn som forventer full beskyttelse mot fremtidige voldshandlinger, vil kunne risikere at pasienter forbli værende innlagt på et sikkerhetsnivå med større grad av tvang og innskrenkninger enn nødvendig. En slik dynamikk kan påvirke pasientens rett til selvbestemmelse og frihet negativt, og vil i tillegg være en dyr og lite effektiv bruk av et begrenset antall sengeplasser. For få rehabiliteringsplasser i psykisk helsevern og et utilstrekkelig kommunalt mottakstilbud er en potensiell trussel mot pasientenes rettssikkerhet, da det også kan bidra til at noen pasienter forblir innlagt på et for høyt sikkerhetsnivå, som de ikke lengre er i behov av. Det kan videre være at pasienter skrives ut for tidlig fra sengepost med økt fare for tilbakefall, fordi det i økende grad mangler langtidsplasser å skrive ut til. Dette kan også medføre at pasienten og dens rettssikkerhet ikke ivaretas godt nok. For noen i denne pasientgruppen vil samfunnets krav til beskyttelse være bestemmende for hvor pasienten skal ha opphold, uavhengig av pasientens behandlingsbehov. Der pasientens behandlingsbehov og samfunnets krav om beskyttelse står i motsetning til hverandre, må statens plikt til å verne sine borgere ivaretas.

Høyesterett ga i «Reitgjerdet II»-dommen erstatning til flere pasienter innlagt på Reitgjerdet med den begrunnelse at de over lengre tid hadde vært innlagt på et sikkerhetsnivå de ikke var i behov av. Granskingen i forbindelse med «Reitgjerdet-skandalen» viste at mange pasienter forble for lenge i sykehuset før utskrivning (Blom m.fl.,1980) og markerte en kursendring i norsk psykiatri (Robak m.fl., 1980). Det oppsto en vilje til å begrense bruken av institusjonsbehandling for psykisk syke, og dagens organisering med regionale og lokale sikkerhetsavdelinger ble opprettet (ibid.). Vanskene med å få utskrevet pasienter til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå som fremkom i «Statusundersøkelsen sikkerhetspsykiatri 2015» (Haaland, 2016) medførte et behov for å kartlegge utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Denne statusundersøkelsen er bakgrunnen for prosjektets oppdragsdokument gitt av Helsedirektoratet (Vedlegg 1). Rapporten vil i tråd med oppdragsdokumentet redegjøre for utfordringer og dilemmaer som knytter seg til sikkerhetspsykiatriske pasienter og utskrivningsprosesser fra sikkerhetsavdeling og hele veien ut til et kommunalt tjenestetilbud.

Begrepsavklaringer

Sikkerhetspsykiatri er en betegnelse på den delen av psykisk helsevern som behandler pasienter med aggresjons- eller voldsproblematikk, eller er i behov av spesielt personalintensiv behandling. De fleste pasientene i sikkerhetspsykiatrien har psykoseproblematikk. Mange pasienter har tilleggsproblemer i form av rusmisbruk, selvskading, utviklingsforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Sikkerhetspsykiatriske enheter er ekstra godt bemannet og har spesiell adgangskontroll. De fleste av pasientene som er innlagt her er underlagt tvungent psykisk helsevern, mange etter overføring på dom til behandling. Norge har 3 regionale sikkerhetsavdelinger og 20 lokale sikkerhetsavdelinger.

Med begrepet **sikkerhetspsykiatrisk pasient** menes i prosjektet en pasient som enten er innlagt i sikkerhetspsykiatrien eller er utskrevet til en annen avdeling i spesialisthelsetjenesten eller kommune fra en sikkerhetspsykiatrisk avdeling i løpet av 2019.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer **vold** som: «Forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller en gruppe. For å regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling». Dette omfatter seksuelle og psykologiske overgrep, men også mangel på handling; omsorgssvikt. En mye brukt definisjon er også Per Isdals: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil» (Isdal, Meningen med volden, 2000).

Det finnes i dag ingen klar definisjon på hva som menes med **samfunnsvern**. Samfunnsvern i denne sammenhengen brukes i betydningen vern av samfunnet mot ny, alvorlig vold som kvalifiserer til tvungent psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven (phvl.) har hjemler for bruk av tvang. Hovedansvaret for å ivareta samfunnsvernet i oppfølgingen av pasienter med dom til tvunget psykisk helsevern ligger hos den faglig ansvarlige.

Begrepet **utskrivningsklar pasient** defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå per 31.12.19, eller som har blitt utskrevet i løpet av 2019. Dette inkluderer alle pasienter som er vurdert klare til utskrivning til en annen døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern eller utskrivning til kommunen.

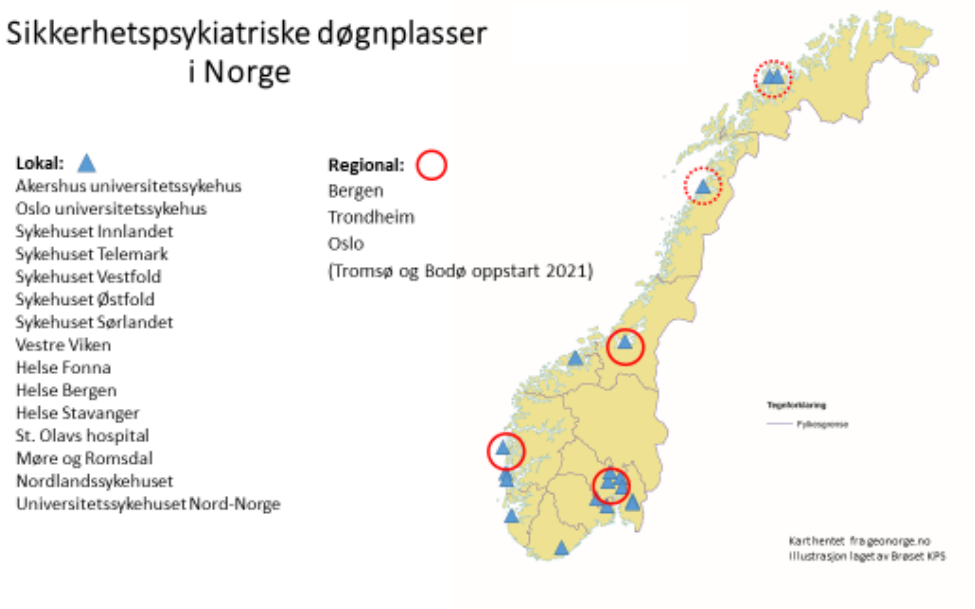
Det vises flere steder til ulike lovverk med en forkortet benevnelse: Psykisk helsevernloven (**phvl**.), Helse- og omsorgstjenesteloven (**hol.**), Straffeloven (**strl.**) og Straffeprosessloven (**stpl.**), samt at Lov om kommuner og fylkeskommuner betegnes som **kommuneloven**. Lovene er oppført med korrekt navn og Lovdatahenvisning i referanselisten til sist. Andre forkortelser som går igjen er psykisk helsevern (**PHV**), tvungent psykisk helsevern (**TPHV**), Regionale Helseforetak (**RHF**), Helseforetak (**HF**), Regional sikkerhetsavdeling (**RSA**), Distriktspsykiatriske sykehus (**DPS**), Assertiv Community Team (**ACT**), Flexible Assertive Community Treatment (**FACT**) og Individuell Plan (**IP**). I rapporten benyttes **pasient** gjennomgående, der annen litteratur heller benytter betegnelsen bruker.

Dagens situasjon og rammebetingelser

Organisatoriske rammebetingelser

Staten med Helse- og omsorgsdepartementet i spissen, er ansvarlig for en helhetlig og samordnet politikk innenfor områdene rus og psykisk helse. Ansvaret er fordelt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ifølge Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) er det imidlertid kommunen selv som bestemmer hvordan kommunale tjenester skal organiseres og struktureres, mens de fire Regionale helseforetakene (RHF) har som oppgave å organisere de spesialiserte tjenestene innen helse. Spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern er delt i 3 nivåer der sykehuset både har spesialiserte- og allmenntjenester, og et distrikt psykiatrisk nivå (DPS).

I Norge finnes det per i dag tre regionale sikkerhetsavdelinger (RSA). Dette er Dikemark (Oslo Universitetssykehus), Brøset (St. Olavs Hospital) og Sandviken (Haukeland Sykehus). Universitetssykehuset i Tromsø og Nordlandssykehuset i Bodø skal i tillegg etablere noen regionale plasser fra 2021, men så langt henviser de ved behov til St. Olavs hospital. I tillegg er det 20 lokale sikkerhetspsykiatriske avdelinger lokalisert rundt om i landet (se kart). Det finnes ingen enhetlig organisering av helsetjenestene til pasientgruppen, eller prosedyre for utskrivning av pasienter fra sikkerhetsavdeling og ut til bolig i kommunen. Sikkerhetspsykiatrien har derfor helt siden oppstarten på 1980-tallet i noen grad utviklet særegne rehabiliteringstilbud med store lokale forskjeller (Haaland, 2016).



Sammenlignet med andre vestlige land har Norge et lavt antall sikkerhetspsykiatriske døgnplasser med sine til sammen 220 senger. Statusrapporten fra 2020 viser at sikkerhetspsykiatrien er i endring. Selv om antall behandlingsplasser per 100.000 innbyggere har vært stabilt de siste årene, har antall utskrivelser økt. Innføringen av særreaksjonene i

2002 og lovendringer initiert av justissektoren har medført at sikkerhetspsykiatriske plasser i større grad blir belagt av personer innlagt etter ulike strafferettslig grunnlag (Kilden m.fl., 2020). Dermed legges det beslag på sengeplasser i det psykiske helsevernet i en tid hvor det totale antallet sengeplasser blir færre år for år, noe som igjen setter hele det psykiske helsevernet under press. Andelen pasienter med schizofrenidiagnoser har økt, og av disse er det en «større andel av pasienter med rusbruk, enn for [andre] pasientgrupper» (ibid.).

Parallelt har det de siste 20 årene vært en formidabel vekst i kommunehelsetjenestens antall årsverk og tiltak innenfor psykisk helse og rus (Sintef 2018; 2019). Dette fordi kommunehelsetjenesten har fått overført en rekke oppgaver som tidligere ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Endringen i kommunene startet med «Opptrappingsplanen for psykisk helse» (St.prp.nr.63 1999-2006) og er opprettholdt med de senere vedtatte strategiene i «Opptrappingsplan for rusfeltet» (Prop.15s 2016-2020) og «Mestre hele livet» (Dep. 2017–2022). Norske kommuner er veldig ulike både når det gjelder geografi, antall innbyggere og hvordan tjenestene innen psykisk helse og rus er bygd opp (KS FOU, 2016). Organisatoriske rammebetingelser og strukturer er dermed ulike, samtidig med at behovet for ressurskrevende tjenester kan variere mellom kommunene. Kommunens tjenestetilbud bygger også i hovedsak på at tjenestemottakerne tar imot hjelp frivillig.

Ulike behov og ulik organisering krever god samhandling mellom tjenestenivåene. Samhandlingsreformen vektlegger også at pasienter skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte pasient. I samhandlingsreformen legges det særlig vekt på god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner (St. Meld. 26, 2014–2015). Pakkeforløpene for psykisk helse og rus som ble innført i 2019 gir føringer for tjenesteytere som skal legge til rette for pasientens medvirkning, og sikre en god og helhetlig helsetjeneste. I Nasjonal helse- og sykehusplan (St. Meld. 7, 2019) fokuseres det videre på samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, som også skal bidra til helhetlige og samtidige helsetjenester for pasienter med alvorlige og sammensatte behov. Enkelte kommuner har videre inngått samarbeid med spesialisthelsetjenesten om felles ambulante tiltak, slik som Assertiv Community Team (ACT) eller Flexible Assertive Community Treatment (FACT). Alle disse arbeider etter en modell for oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer med fokus på brukerens mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet.

Faglige rammebetingelser

Det overordnede plandokumentet for spesialisthelsetjenesten, St. Meld. 7 (2019-2020), ble lagt frem våren 2019. Hovedtemaene i stortingsmeldingen er psykisk helsevern, samhandling, pre-hospitale tjenester, teknologi og kompetanse. Som plandokument vil dette kunne ha stor betydning for samhandlingen på tvers av helsetjenestene. Målene for planperioden er: a) Pasienten er aktiv deltaker, b) Helhetlige og sammenhengende tjenester, c) Sårbare pasienter møtes med team, d) En sammenhengende akuttmedisinsk kjede, e) Spesialisthelsetjenester i hjemmet, f) Bruk av helsedata for det beste i fellesskapet, g) Livslang læring, h) Ledelse som bidrar til endring, i) At vi lærer av hverandre.

Det kommunale perspektivet for det psykiske helsearbeidet er lagt til grunn i sentrale veiledere publisert av Helsedirektoratet som retter seg mot målgruppene i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet IS-2076) fra 2014 viser til at lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet. Pårørende til personer med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer skal sikres nødvendig støtte og avlastning. Det kommunale arbeidet med psykisk helse- og rusarbeid omfatter både forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Brukermedvirkning og prinsippet om at pasienten skal være viktigste aktør er et helt sentralt punkt i veilederen. Kommunene oppfordres til å innhente brukererfaringer systematisk. Veilederen om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2017) retter seg til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, dvs. helse- og omsorgstjenester i både kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer samarbeid med sektorer utenfor helse (NAV, barnevern, oppvekst og utdanning etc.). Brukermedvirkning og koordinering av tjenester er sentralt i veilederen og kommunene oppfordres til å etablere egne oppfølgingsteam for pasienter med store og sammensatte behov. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning. Veilederen «Mestre hele livet» (Dep. 2017-2022) påpeker at for å nå målet om inkludering av mennesker med psykiske lidelser i samfunnet er det viktig at helsepersonell ikke undervurderer pasientenes mestringspotensial. For å hjelpe pasientene til å få bolig eller komme i arbeid er det viktig å være bevisst fordommer og negative holdninger i samfunnet.

I oppfølgingen av mennesker med langvarig behov for hjelp er personsentrerte tilnærminger også blitt fremhevet som en modell for utviklingen innen lokalbaserte tjenester, i tråd med anbefalinger fra WHO. Recovery-perspektivet markerer en overgang fra pasientorientert til personorientert tjeneste og kan defineres slik:

> *Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. Tiltakene som iverksettes støtter opp under brukerens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis) (Helsedirektoratet 2014).*

I Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2018) er det en egen del som omhandler samarbeidsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det anbefales et tett samarbeid mellom tjenestene for å sikre samtidige og helhetlige tjenester ved utskrivning fra døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten og ut til bolig i kommunen. Målet er å bygge opp trygghet og sikkerhet for pasienten, pårørende og de ansatte. Gjennom ambulant virksomhet fra sikkerhetsavdelingene skal samarbeid og overføring av kunnskap om risikohåndtering sikres.

Etablering av helsefelleskap hvor kommuner og helseforetak skal videreutvikle og planlegge tjenestene sammen, har til hensikt å bidra til bedre forløp med mulighet for lokale tilpasninger. Dette er et av områdene der utvikling av bedre helsetjenester for pasienter med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet. Et annet område som synes relevant, er fokuset på å flytte spesialisthelsetjenestene hjem til pasientene med kompetansedeling mellom kommune og helseforetakene, ved hjelp av ny teknologi. Et av målene er å se psykisk og somatisk helse og rusmiddelproblemer i sammenheng og at spesialisthelsetjenesten i større grad innretter sitt tilbud mot de med mest omfattende hjelpebehov, og støtter og veileder fagfolk i kommunale tjenester. Uønsket variasjon i tilbudet skal bli redusert og spesialisthelsetjenesten skal i samarbeid med kommunene fokusere på å forebygge kriser, akuttinnleggelser, selvmord og bruk av tvang. Det skal jobbes med at spesialisthelsetjenesten arbeider utadrettet og fleksibelt, slik at færre har behov for døgninnleggelse, at sykehusene gir døgntilbud til de som trenger det, i gode, tilpassede bygg hvor tvang er redusert til et minimum og det skal fokuseres på kultur for læring på tvers av tjenestene (Nasjonal helse- og sykehusplan, St. Meld. 7, 2019).

Juridiske rammebetingelser

Lov om spesialisthelsetjenester og Lov om psykisk helsevern (phvl.) regulerer behandlingsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten. Ved dom til tvungent psykisk helsevern fremgår det uttrykkelig av phvl. § 5-3 annet ledd at den faglig ansvarlige alene (lege- eller psykologspesialist) har ansvar for både samfunnsvern og behandling, med særlig vekt på samfunnsvern. Lovverket som regulerer sivilrettslig tvungent psykisk helsevern er mer diffust. Her fremgår samfunnsvernhensynet indirekte av phvl. § 3-3, som inneholder vilkårene for etablering av sivilrettslig tvungent psykisk helsevern. Phvl. § 3-3 er omfattende og kompleks, og i denne tungt anvendelige bestemmelsen er samfunnsvernhensynet nevnt i punktene 3, 4 og 7. Her fremgår at risiko for andre er et av flere kumulative tilleggsvilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, også i tilfeller hvor pasienten har samtykkekompetanse. Helhetsvurderingen som skal foretas etter bestemmelsens punkt 7, etterlater imidlertid et åpent spørsmål om hvilken prioritet samfunnsvernhensynet har i forhold til andre hensyn som fremgår av bestemmelsen.

Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for samfunnsvernet, men dette nevnes ikke blant punktene som skal inngå i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar, jfr. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 første ledd bokstavene a-e. For pasienter underlagt dom til tvungent psykisk helsevern er samfunnsvernhensynet så sentralt at lovgiver har pålagt den faglig ansvarlige å prioritere samfunnsvern foran behandling, jfr. phvl. § 5-3 annet ledd. Denne lovpålagte prioriteringen kan dermed potensielt være et «rettslig hinder» for sikkerhetsavdelingen: Dersom samfunnsvernet ikke vil bli ivaretatt i pasientens hjemkommune, kan overføring være i strid med lovens pålegg om å prioritere samfunnsvernet.

Som nevnt sier Lov om kommuner og fylkeskommuner blant annet at kommunen selv bestemmer hvordan kommunale tjenestene skal organiseres og struktureres, mens Lov om Helse- og omsorgstjenester (hol.) regulerer helsearbeidet i kommunen. Per i dag finnes det ingen lovbestemmelse som omhandler kommunenes ansvar for samfunnsvern. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av lovens § 3-1 første ledd:

> *Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Av bestemmelsens annet ledd fremgår at ansvaret går videre enn somatiske skader og lidelser. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.*

Loven nevner ikke samfunnsvern, men inneholder enkeltbestemmelser etter kapittel 9 og 10, som omhandler tvangstiltak. Etter kapittel 10 kan en person som «*utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk*» på nærmere vilkår *«tas inn i en institusjon*». Som det fremgår av lovteksten er fare for andre ikke et grunnlag for tvangstiltak i denne loven. Lovens kapittel 9 har tittelen «*Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*», og inneholder også bestemmelser som er relevante. Det fremgår av § 9-1 at formålet med reglene i kapittel 9 blant annet er «*å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade*». Inngrep er altså begrenset til personer med psykisk utviklingshemming, og vil ikke være relevant for flertallet av pasientene i denne rapporten.

Også pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A-3 åpner for inngrep fra kommunens side ved risiko for helseskade, men regulerer kun fare for pasienten selv. Fare for andre, samfunnsvernhensynet, er dermed ikke regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter har som formål å «bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten», jfr. § 1. Ved varsel om utskrivningsklar pasient skal kommunen gi beskjed til spesialisthelsetjenesten når et kommunalt tilbud er klart for pasienten, også dersom de ikke kan ta imot pasienten umiddelbart. Loven sier imidlertid ingenting om tidsperspektivet for når en kommune skal ha et tilbud klart for pasienten. Når vilkår for utskrivelse jfr. forskriftens § 9 er oppfylt, skal kommunen i medhold av forskriftens § 13 betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Ifølge forskriftens § 14 kan kommunene blant annet kreve en redegjørelse knyttet til risikovurderingene spesialisthelsetjenesten har gjort i forbindelse med at de har vurdert pasienten utskrivningsklar. Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning (Helsedirektoratet, 2018) beskriver hvordan en skal gjennomføre systematiske risikovurderinger som inkluderer en rekke tiltak som i ulike situasjoner bidrar til å redusere risiko for fremtidig voldsatferd (basert på den enkeltes varselsignaler for økt risiko) og slik ivareta samfunnsvernhensynet. Disse vurderingene kan potensielt bli gjenstand for uenighet mellom tjenestene og bidra til at pasientene forblir på sykehus.

Oppsummerende viser gjennomgangen av tilgjengelig og relevant lovverk at det per i dag ikke foreligger noe generelt pålegg fra lovgivers side til kommunene om ivaretakelse av samfunnsvernet. Lovverket legger heller ingen rettslige virkemidler til kommunene, som er spesifikt utformet med tanke på vern mot kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse og alvorlig vold.

Økonomiske rammebetingelser

Kommunale helse- og omsorgstjenester er i hovedsak finansiert gjennom kommunenes frie inntekter, som er rammebevilgninger og skatteinntekter (75% av kommunenes inntekter). Formålet med ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner og kommunene bestemmer selv over fordelingen av de økonomiske midlene. Det har foreløpig vært vanskelig å finne objektive kriterier til bruk i inntektssystemet som kan fange opp denne kostnadsvariasjonen, men det eksisterer også en egen tilskuddsordning for kommunene ved behov for særlig ressurskrevende tjenester.

De regionale helseforetakene (RHF) mottar finansiering i form av rammebevilgninger og innsatsstyrt finansiering (ISF). En plass ved regional eller lokal sikkerhetsavdeling kan koste nær fem ganger så mye som døgnprisen kommunen betaler for utskrivningsklare pasienter i påvente av et tilbud.

De siste årene har utgiftene innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern økt, noe som kan ses i sammenheng med opptrappingsplanene som er beskrevet tidligere. De siste årene har regjeringen hatt som mål å øke aktiviteten innen psykisk helsevern framfor somatikken. I Nasjonal helse- og sykehusplan vies det stor oppmerksomhet til videreutvikling av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten for å understøtte helhetlige tjenestetilbud. Det er foreslått at finansieringen blant annet i større grad skal knyttes til innholdet i tjenestene, noe som skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.

Etter innføring av særreaksjonene i 2002 ble det opprettet særskilt finansieringsordning for mennesker idømt særreaksjonen dom til tvungen omsorg og statlig finansiert prøveløslatelse for forvaringsdømte (Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen forvaring 2004). Det ble ikke etablert tilsvarende finansiering for særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern.

Pasientgruppen er i stor grad avhengig av trygghet, forutsigbarhet og tillit pga. sin alvorlige psykiske helsetilstand. Samfunnsvernet knyttet til forebygging av ny, alvorlig vold krever gradvis nedtrapping av tvang og sikkerhetstiltak samtidig med en forsiktig økning av nye stimuli. Det finnes imidlertid ikke, verken for kommunene eller spesialisthelsetjenesten, økonomisk kompensasjon for samtidige tjenester ved behov for overlapping og hospitering i sårbare overganger for pasienter i overgangen mellom behandling på sykehus og kommunal oppfølging i egen bolig.

Metode

I dette kapittelet av rapporten presenteres fremgangsmåten i prosjektet og de valg som er gjort i forkant og underveis. Rapporten baseres på informasjon innhentet via fire spørreskjema utformet av prosjektgruppen. Spørreskjemaene er utformet for å kunne hente inn kvantitative data, men åpner også for kvalitative beskrivelser og kommentarer i form av åpne svaralternativ betegnet som «annet» eller «beskriv andre faktorer som er av betydning».

Utvalg

1. Alle sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge, både regionalt og lokalt nivå.

- Leder/faglig ansvarlig/behandlere på sikkerhetsavdelingene har også fylt ut et spørreskjema for hver enkelt pasient som er vurdert å være utskrivningsklar fra avdelingen per 31.12.19.

2. Kommunale enheter og avdelinger innen spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern, som har mottatt eller blitt forespurt om å motta en sikkerhetspsykiatrisk pasient i løpet av 2019.

Personer som er innlagt etter stpl. § 167 i straffeprosessloven (observander) er ekskludert fra kartleggingen da disse ikke har pasientstatus og ikke mottar behandling. Ekskludert er også institusjoner som har mottatt pasienter fra sikkerhetspsykiatrien, men som ikke er en del av psykisk helsevern eller en kommune. Dette vil kunne være private institusjoner eller institusjoner innen kriminalomsorgen, barnevernet eller tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Spørreskjema og prosedyre

I utformingsprosessen av spørreskjemaene ble de testet på behandlere i sikkerhetspsykiatrisk avdeling, ved sykehusavdeling eller DPS, og i enkelte kommuner. Piloten hadde som formål å teste om skjemaene gir data som kan besvare mandatet, og om spørsmålene er utvetydige og forståelige.
Det benyttes 4 ulike spørreskjema i undersøkelsen, der alle i noe varierende omfang kartlegger status, utfordringer og forbedringsmuligheter ved overføring/utskrivning av pasienter, samt ulike problemstillinger som kan relateres blant annet til ulikheter i gjeldende lovverk og ressurstilgang innen psykisk helsevern og kommuner.
De sikkerhetspsykiatriske avdelingene (regionale og lokale) fikk utsendt to spørreskjema. **Spørreskjema 1** inneholder generelle spørsmål rundt utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdelingenes perspektiv. Dette ble sendt ut først og identifiserer antall utskrivningsklare pasienter på den aktuelle sikkerhetspsykiatrisk avdelingen per 31.12.19 og hvilke mottaker avdelinger i spesialisthelsetjenesten og mottaker kommuner sikkerhetsavdelingene har utskrevet, - eller er forespurt om å utskrive pasienter til i løpet av 2019. På bakgrunn av dette ble så **Spørreskjema 2** utsendt i det antall eksemplarer som tilsvarer antallet utskrivningsklare pasienter til hver sikkerhetsavdeling med en eller flere utskrivningsklare pasienter. Aktuelle mottakerkommuner og mottaker avdelinger i spesialisthelsetjenesten fikk tilsendt henholdsvis **Spørreskjema 3** og **Spørreskjema 4** som kartlegger utskrivningsprosessen fra mottakers perspektiv på bakgrunn av erfaringer i 2019 (Vedlegg 2).

Analysestrategi

Kvantitative data er kodet og behandlet ved bruk av dataprogrammet Statistical package for the social sciences (SPSS 25). Det er gjennomført deskriptive analyser. Kvalitative data er gjennomgått og gruppert tematisk gjennom diskusjon og konsensus blant representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten (hhv. DPS og sikkerhetsavdeling).

Personvern, oppbevaring og lagring av data

Det ble utarbeidet rutiner for oppbevaring og lagring av data i tråd med gjeldende prosedyrer og retningslinjer for håndtering av sensitivt materiale i kvalitetssikrings- og forskningsprosjekter. Spesielle rutiner gjaldt for spørreskjema 2 som innhenter sensitiv informasjon om pasienter. Leder ved aktuell institusjon etablerte en koblingsnøkkel mellom navn og påført ID-kode. Koblingsnøkkelen oppbevares forsvarlig nedlåst hos den enkelte sikkerhetsavdeling, uten tilknytning til datasettet som ble sendt avd. Brøset. Ingen har på noe tidspunkt hatt tilgang til både datasett og koblingsnøkkel. Koblingsnøkkelen er nødvendig fordi det skal være mulig å spore aktuelle kandidater til følgeforskning i forhold til pasienterfaringer/brukermedvirkning. Dette etter ønske fra oppdragsgiver (Helsedirektoratet). Kun de tilknyttet prosjektet som skal gjennomføre analysene har tilgang til datafilene.

Etiske betraktninger

Kartleggingen er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-Midt, 2018/2431). Det er utarbeidet en personvernkonsekvensutredning (DPIA), godkjent av personvernombudet ved St. Olavs hospital 02.03.20.
Resultater fra kartleggingen blir presentert på gruppenivå. Det er imidlertid viktig å presisere at beskrivelser av en forholdsvis liten gruppe pasienter med alvorlig psykisk lidelse som kan ha begått alvorlige kriminelle handlinger, også på aggregert nivå kan ha uheldige stigmatiserende konsekvenser for individene som tilhører gruppen. Man kan tenke seg at undergrupper av fåtallige sikkerhetspsykiatriske pasienter som for eksempel kvinner og pasienter uten oppholdstillatelse i Norge vil kunne være særlig sårbare. Slike undergrupper redegjøres således ikke for i resultatene. Hensikten med studien er ikke å kartlegge individuelle karakteristika hos pasienter, men å kartlegge et minimum av relevante og nødvendige pasientfaktorer som kan ha betydning for en helhetlig forståelse av karakteristika ved utskrivning og mottak av pasientgruppen.

Metodekritikk

Styringsgruppen påpekte i mai 2020 at brukerperspektivet burde vært ivaretatt bedre, samtidig som det ble konkluderte med at prosjektets krav til leveranse og tidslinje måtte opprettholdes. Prosjektgruppen redegjorde for denne mangelen overfor styringsgruppen og anerkjenner prosjektets svakhet ved at den ikke aktivt har inkludert selve brukerstemmen knyttet til utskrivelsesprosesser. Styringsgruppen godtok forslaget om at brukerperspektiv skulle ivaretas gjennom et pågående forskningsprosjekt ved Nord Universitet der tema er opplevelse av grad av tvang og hvilke påkjenninger det medfører å være på «feil behandlingsnivå». Forskningsprosjektet ved Nord Universitet, «*Discharge of patients with severe mental illness and defined risk of violent behaviour to community care*», undersøker og intervjuer både pasientene selv og tjenesteytere ved sykehusene og kommunene knyttet til utskrivningsprosesser. Avd. Brøset ved kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri bidrar i dette prosjektet med utarbeidelse av søknad til forskningsrådet og er representert i et ressurspanel. I henhold til REK sine kriterier har prosjekteier gitt tilgang til videre bruk av datamaterialet til forskningsprosjektet ved Nord Universitetet.

Funn og resultater

Funn og resultater presenteres under tre overskrifter med bakgrunn i oppdragsdokumentet.

1) Utskrivningsklare pasienter.
2) Årsakene til at pasientene venter på utskrivelse.
3) Samarbeidsprosesser mellom de ulike sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivåene.

De kvalitative funnene presenteres gjennom tre nøkkelord, som favner de faktorene respondentene har lagt vekt på i de åpne besvarelsene.

Tabell 1 Nøkkelord med underliggende tema

Ytre ramme	Kultur	Egenskaper ved pasienten
Lovverk	Samhandling	Rus
Økonomi	Kommunikasjon	Diagnose
Kompetanse	Holdninger	Behandlingsrespons
Materielle behov	Felles forståelse	Voldsrisiko
Bemanning		

Alle de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene i Norge har bidratt til denne undersøkelsen. Det er ingen enhetlig organisering av sikkerhetsavdelingene eller psykisk helsevern i Norge. Det medfører ulik ledelsesstruktur eller ulike betegnelser på ledernivå, eksempelvis klinikk, enheter, avdelinger og sengeposter (heretter betegnet som avdeling) på de organisatoriske enhetene rundt i landet. Som en følge av dette har noen sendt inn felles besvarelse fra regional og lokal avdeling, andre har gitt separate besvarelser. Dette har medført at det til sammen er mottatt 22 skjema. Der det er gitt felles besvarelse for regionalt og lokalt nivå er det aktuelle tallmaterialet differensiert mellom regional avdeling og lokal avdeling. Det er derimot ikke mottatt tall for lokale overføringer mellom samlokaliserte regional og lokal sikkerhetsavdeling underlagt felles ledelse.

28 mottakeravdelinger i psykisk helsevern og 36 mottakerkommuner har også deltatt i kartleggingen.

Samlet rapporterte sikkerhetsavdelingene totalt 241 utskrivelser fra sikkerhetsavdelingene i løpet av året 2019. En avdeling oppgav å ha hele 37 utskrivelser, mens to avdelinger hadde kun 2 utskrivelser. 12 sikkerhetsavdelinger har oppgitt færre enn 10 utskrivelser. Gjennomsnittlig er det foretatt 10.7 utskrivelser fra hver sikkerhetsavdeling i løpet av 2019, medianen for samme periode er 8.5 utskrivelser. Totalt 212 (88%) utskrivelser i 2019 var fra en lokal sikkerhetsavdeling og 29 (12%) var fra en regional sikkerhetsavdeling (Sør-Øst n=12, Midt-Norge n=6 og Vest n= 11).

Av de 22 svarene fra sikkerhetsavdelingene fremgår at 15 avdelinger registrerer utskrivningsklare pasienter i ulike journalsystemer. I tillegg oppgir tre avdelinger å ikke registrere utskrivningsklare pasienter på noen slags måte, mens en avdeling oppgir å registrere dette i PAS (pasientadministrativt system). Tre avdelinger registrerer utskrivningsklare pasienter på «andre måter».

Funn: Utskrivningsklare pasienter

Av de registrerte utskrivelser i 2019 fant vi at pasientene hovedsakelig er skrevet ut til annen sengepost, egen kommunal/privat bolig eller til en annen institusjon (tabell 2).

Tabell 2 gir en oversikt over til hvor pasienter er blitt utskrevet

Pasienter utskrevet til	Antall
Sengepost	61
Kommunalt bemannet omsorgsbolig	47
Egen kommunal bolig	27
Egen privat bolig	26
Hjem til pårørende	5
Fengsel	12
Annen institusjon	26
Annet*inkl. pasienter utvist til hjemlandet	9

*Det er ikke samsvar mellom antall utskrivelser og antall mottakersteder. Utskrivelsessted mangler for 28 av utskrivelsene.

Mottakeravdelinger i psykisk helsevern oppgir å ha mottatt til sammen 56 pasienter i løpet av 2019. De rapporterte å ha tatt imot mellom 0 og 7 pasienter hver. 7 av 28 mottakeravdelinger i psykisk helsevern oppgir også å ha avslått å ta imot en pasient fra sikkerhetsavdeling, mens sikkerhetsavdelingene oppgir å ha vært i kontakt med 6 mottakeravdelinger i spesialisthelsetjenesten som har avslått å motta en pasient.

Mottakerkommuner oppgir å ha mottatt til sammen 54 pasienter. Kommunene rapporterer å ha mottatt mellom 0 og 4 pasienter hver. 6 av 36 mottakerkommuner svarer at de har avslått å ta imot en pasient fra sikkerhetsavdeling, mens sikkerhetsavdelingene oppgir å ha vært i kontakt med 15 kommuner som har avslått å ta imot en pasient.

Det er stor variasjon når det gjelder hvor mange kommuner fra de ulike helseregionene som har blitt inkludert i undersøkelsen. Region Sør-Øst har størst dekning og 53 % av de inkluderte kommunene ligger i deres opptaksområde, men her mangler vi informasjon fra Oslo kommune/alle bydeler. Derimot er private institusjoner i Helse Sør-Øst oppgitt som mottakere, men disse er ikke videre kartlagt i vår undersøkelse. Resultatene viser at mens Helse Sør-Øst har etablert driftsavtaler med private botilbud, finnes dette fenomenet nesten ikke i resten av Norge. 31 % av mottakerkommune i vår undersøkelse er lokalisert i Region Vest, mens 11 % av mottakerkommune ligger i Region Nord og bare 5 % er fra Region Midt-Norge. Det er store geografiske forskjeller både med tanke på folketall og -tetthet i ulike områder av Norge. Alle helseforetakene har både (store) byer og (små) bygder i sitt opptaksområdet. Ut fra beskrivelsene i materialet fremkommer det en opplevd forskjell mellom store og små kommuner, men hvor skillet går når det gjelder størrelser og avstander kan ikke stadfestes med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått.

Tabell 3 viser hvilke faktorer sikkerhetsavdelingene vurderer som viktigst for at en pasient skal være utskrivningsklar til kommunen, og tabell 4 viser det samme for mottakeravdelinger i spesialisthelsetjenesten. Selv om det er noe forskjell i hvor viktig (oppgitt i prosent)

sikkerhetsavdelingene vurderer de ulike faktorene, er det de samme faktorene som blir vurdert til å være de viktigste vurdert ut ifra til sammen 15 faktorer.

Tabell 3 Viktigste kriterier for utskrivning til kommune fra sikkerhetsavdeling (n=22)

	% (n=22)
Pasienten samarbeider om behandlingen sin	91%
Enighet om hvem som har videre ansvar for TPHV	86%
Pasientens behandlingsrespons generelt	86%
Samhandling med kommune	81%
Grad av tidligere voldsatferd/utagering	81%
Oppdatert risikovurderings-/risikohåndteringsplan	81%

Tabell 4 Viktigste kriterier for utskrivning til mottakeravdeling i psykisk helsevern (n=22)

	% (n=22)
Enighet om hvem som har videre ansvar for TPHV	86%
Pasientens behandlingsrespons generelt	81%
Grad av tidligere voldsatferd/utagering	81%
Pasienten samarbeider om behandlingen sin	77%
Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan	73%

Ved kartleggingstidspunktet 31.12.19 ble det rapportert 18 utskrivningsklare pasienter fra sikkerhetsavdelingene. To avdelinger hadde 1 pasient hver, fire hadde 2, en hadde 3 og en avdeling oppga 5 utskrivningsklare pasienter ved kartleggingstidspunktet. Fjorten avdelinger (64%) hadde ingen utskrivningsklare pasienter på det gitte tidspunktet. Flere avdelinger informerte imidlertid om at de hadde pasienter som var vurdert å ikke nyttiggjøre seg av videre opphold eller behandling i sikkerhetsavdeling. Disse pasientene var i behov av videre tvangstiltak på grunn av den risiko de utgjør for andre og ble av den grunn vurdert å ikke fylle kriteriene som utskrivningsklare. Vi har ikke tall på hvor mange pasienter dette utgjør i fra vår undersøkelse. Respondentene svarer at disse pasientene likevel var ønsket utskrevet fra sikkerhetsavdeling og over i et annet tilbud gjennom mange år.

Det er rapportert at de utskrivningsklare pasientene (n=18) har vært utskrivningsklare i alt fra 0 til 6500 dager. Medianverdien er 90 dager (tre måneder). 10 av de utskrivningsklare pasientene har vært inneliggende i over 93 dager. Av disse var 8 underlagt dom til tvungent psykisk helsevern. Av de to andre pasientene som hadde vært utskrivningsklar lengst, var en innlagt etter § 3-3 i phvl. og hadde vært innlagt i 6570 dager (18 år+). Den andre var frivillig innlagt og hadde vært utskrivningsklar i 1825 dager (5 år+).

Av de 18 ventet 2 pasienter på utskrivning fra regional avdeling og 16 pasienter på utskrivning fra lokal avdeling. 11 av pasientene var innlagt etter dom til tvungent psykisk helsevern, 5 pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern etter §3-3 i phvl. og 2 av pasientene var frivillig innlagt.

De mest utbredte diagnosene blant de utskrivningsklare var psykoselidelse (n=14), ruslidelse (n=9), utviklingsforstyrrelse (n=5) og personlighetsforstyrrelse (n=5). Av de 4 pasientene som ikke var diagnostisert med psykoselidelse hadde 1 pasient en manisk psykose (affektiv lidelse

med psykosesymptomer), 1 hadde en utviklingsforstyrrelse, 1 hadde både utviklingsforstyrrelse og ruslidelse, og 1 hadde kun ruslidelse(r).

Alle de 18 utskrivningsklare pasientene hadde voldsatferd knyttet til den aktuelle innleggelsen, hvorav 3 med drap, 3 med seksualisert vold, 14 med fysisk vold, 8 med verbale trusler, 2 med ildspåsettelse, og 5 med annen materiell ødeleggelse. Bare 1 av pasientene hadde voldsatferd fra kun en av de ovennevnte kategorier, og ingen hadde bare begått materielle ødeleggelser i forkant av aktuelle innleggelse. For 7 av pasientene var voldshendelsen oppgitt med sikkerhet å være utøvd under ruspåvirkning. Under halvparten (n=8) hadde med sikkerhet tatt foreskrevne medikamenter for sin psykiske lidelse i forkant av hendelsen. 2 pasienter mottok ikke medikamentell behandling. For 17 av de 18 utskrivningsklare pasientene forelå det en oppdatert voldsrisikovurdering i forbindelse med utskriving. Av de 18 utskrivningsklare pasientene hadde 12 pasienter mer enn 5 tidligere innleggelser i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern. For hele 11 pasienter var det ikke avtalt utskrivningstidspunkt. For 7 av disse 11 hadde det vært kontakt med mottaker, men mottaker hadde ikke vedkjent seg ansvar for pasientene.

Tabell 5 Oversikt over pasientenes oppholdssted før innleggelse og planlagt oppholdssted etter utskrivelse

Oppholdssted pasienter	**Før innleggelse (n=18)**	**Planlagt oppholdssted ETTER innleggelse (n=18)**
Psykiatrisk sengepost (Sikkerhetsavd/sykehusavd/DPS døgn)	6	4
Kommunal bemannet omsorgsbolig	4	6
Kommunal ubemannet bolig	2	3
Egen privat bolig (inkludert hjem til pårørende)	2	5
Fengsel	3	0

Som utskrivningsklare var alle pasientene i behov av videre spesialisthelsetjenester, i hovedsak ambulant/poliklinisk oppfølging (n=14). 14 av pasientene var planlagt bosatt i kommunen i ulike typer boliger. 15 pasienter var vurdert i behov av kommunale tjenester, men 3 pasienter var vurdert uten dette behovet. For 3 pasienter er kategorien «annet» oppgitt. Beskrivelsen her gir inntrykk av at pasientene krever et omfattende kommunalt botilbud, ut over det som inngår i svaralternativet «kommunal bemannet omsorgsbolig» (tabell 5). Disse pasientene er vurdert i behov av «*døgnbemannet kommunalt tilbud*» eller «*forsterket kommunal bolig i annen kommune*» eller «*tilrettelagt omsorgsbolig med høy bemanning*». På tross av at pasientgruppen har sammensatte behov og trenger samtidige tjenester fra ulike tjenestenivå, vektlegges individuell plan (IP) i liten eller varierende grad ved utskrivelse fra sikkerhetsavdeling og til kommunen (76% svarer dette) eller til mottaker i spesialisthelsetjenesten (91% svarer dette). Kommunene svarer også at de i liten eller varierende grad vektlegger IP ved mottak av pasient fra sikkerhetsavdeling (71% svarer dette), og det samme gjelder for spesialisthelsetjenestens avdelinger (75% svarer dette).

14 av pasientene hadde uføretrygd som inntektsgrunnlag og 4 mottok andre økonomiske ytelser. Ingen var i lønnet arbeid.

Påtalemyndigheten har i varierende grad vært involvert i forbindelse med utskriving av alle de særreaksjonsdømte pasientene (n=11). De fleste utskrivningsklare pasientene (n=17) var selv gjort kjent med at de har en slik status. 14 av pasientene er selv enig i at de er utskrivningsklare. 2 av pasientene er rapportert å være uenig i at de er utskrivningsklare. Nærmeste pårørende til 10 av pasientene er gjort kjent med at pasientene er vurdert utskrivningsklare. Av de pårørende som ikke er informert om at pasientene er vurdert utskrivningsklare, har 3 av pasientene oppgitt å ikke ha pårørende og de tre andre ønsker ikke at pårørende skal kontaktes.

I vårt utvalg fremstår den «typiske» utskrivningsklare pasient som en som har hatt flere innleggelser innen psykisk helsevern tidligere. Nåværende innleggelse i sikkerhetspsykiatrisk avdeling var foranlediget av voldsatferd og pasienten har en psykoselidelse. Hvis pasienten ikke har psykosesymptom er det rapportert at pasienten har utviklingsforstyrrelse og/eller ruslidelse. Det er beskrevet 50 % sannsynlighet for at pasienten har et rusmisbruk. Han vil ha behov for videre spesialisthelsetjenester etter utskrivelse fra sikkerhetsavdeling, og vil høyst sannsynlig være underlagt dom på tvungent psykisk helsevern eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Han er i behov av bistand for å skaffe seg egnet bolig etter utskrivning fra sengepost, med behov av helse- og/eller sosiale tjenester i regi av førstelinjen. Det er gjort en oppdatert risikovurdering i forbindelse med at pasienten er vurdert utskrivningsklar.

Funn: Årsaker til at pasientene ventet på utskrivelse

Svarene fra respondentene gir en oversikt over hvilke årsaker som vektlegges med tanke på at utskrivningsklare pasienter får en utsatt utskrivelse (Tabell 6). Oversikt viser at det er en høy grad av overlapp mellom forklaringene, noe som bekrefter at det synes å foreligge en felles opplevelse og forståelse av hva som vanskeliggjør utskrivning. Eneste diskrepansen innad i spesialisthelsetjenesten er at sikkerhetsavdelingene i større grad vektlegger mangel på sengeplass i PHV/botilbud i kommunen, mens andre avdelinger i PHV opplever utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll o.l.) som et større problem. Kommunen skiller seg fra spesialisthelsetjenesten på ett vesentlig punkt: Kommunene mener at den nest viktigste faktoren som gjør at pasienter må vente på å bli utskrevet er uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og kommunen om pasienten er utskrivningsklar. Spesialisthelsetjenesten har på sin side gitt tilbakemelding på at negativ forkunnskap om pasienten hos mottaker er det som spiller en betydelig rolle.

Tabell 6 De mest vanlige, av 21 årsaker, rangert fra 1 til 5 (der 1 er mest vanlig), til at pasientene må vente på utskrivelse, sett fra hver respondentgruppe sitt perspektiv

	Perspektivholder		
Årsak	**Regional/lokal sikkerhetsavdeling (n=22)**	**Kommunene (n=37)**	**Øvrige avd. innen spes.helsetjenesten for psykisk helsevern (n=28)**
Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd	1	5	1
Manglende lovhjemler for å benytte tvangstiltak i kommunen	5	1	5
Utfordringer med å videreføre behandling		4	2
Mangel på sengeplass/botilbud	4	3	
Negativ forkunnskap om pasienten	2		4
Tidligere voldsatferd	3		3
Uenighet om pasientene er utskrivningsklar		2	

Som vist i tabellen over oppgir spesialisthelsetjenesten tidligere voldsatferd som en viktig faktor som kan forsinke utskrivelse. De kvalitative analysene utdyper årsakene til at pasienter må vente på utskrivelse og hvilke **egenskaper ved pasienten** som vanskeliggjør utskrivelsen. Rusavhengighet kan utfordre samarbeidet mellom pasienten og ansatte i førstelinjetjenesten. En kommune svarer at de opplever det som utfordrende at «*sikkerhetspost(en) ikke helt forstår at pasienter med komorbide utfordringer går rett i rus og fører til rask re-innleggelse*». Flere andre kommuner viser til at rusbruk ofte fører til raskt tilbakefall og vanskeligheter med å følge de oppsatte planene for tjenestene. En annen kompliserende faktor er kriminell eller voldelig adferd. Av og til henger disse to faktorene sammen og i slike tilfeller kan pasienten raskt bli til fare for seg og omgivelsene, spesielt ved manglende medisinering og misbruk av rus. Svarene fra sikkerhetspsykiatrien viser at de er klar over problematikken. Flere nevner rus- og voldsatferd som sentrale årsaker i saker der utskrivning ikke lykkes.

En annen faktor er den **ytre rammen** til mottagende avdeling eller kommune. Etablering av tilrettelagte boliger, med personalressurser i stort nok omfang og med riktig og tilstrekkelig kompetanse for denne pasientgruppen, blir av flere beskrevet som en stor utfordring. Tilgang på adekvat sengeplass (som lukket sengepost eller skjermingsenhet) beskrives også som en utfordring både av sikkerhetsavdelingene og kommunene. En regional sikkerhetsavdeling skriver at det er «*fullt - ikke håndterbar voldsproblematikk på lokal sikkerhetsavdeling - manglende fasiliteter f.eks luftegård, brannsikkerhet, lokale sengeposter*» og en annen skriver at «*kommuner og DPS-ene tar ikke imot pasientene da de ikke føler seg utrustet til å håndtere disse* og en tredje at «*mangel på tilbud fra DPS og annen sykehusavdeling, hvor man har definert seg bort fra langtidsoppfølging*». En av kommunene i utvalget formidler at det er «*vanskelig å få egnet bolig, samt å få DPS til å følge opp pasienten*». Svarene fra sikkerhetsavdelingene viser til manglende kompetanse fra kommunens side når gjelder denne gruppen pasienter: Det «*foreligger liten kunnskap om dom til tvungent helsevern, frykt for liv og helse*» eller at «*pasienter med dom til tvungent*

psykisk helsevern er en stor oppgave for kommunene knyttet til sikkerhet, gjennomføring av behandlingstiltak, personalressurser, kompetanse».

For en del utskrivningsklare pasienter pekes det på at lovverket er til hinder for en god utskrivelsesprosess og slik bidrar til at pasienten må vente på å bli utskrevet. Det svares at «*kommunene har ikke mulighet til å iverksette nødvendige tiltak ut fra samfunnsvern, at lov begrenser oppfølging av de sykeste utenfor institusjon og at vi opplever at det er utfordrende for kommuner å ivareta pasienter med tanke på rammene innenfor helse- og omsorgstjenesteloven»*. Dette gjelder også til en viss grad for spesialisthelsetjenestens enheter utenfor lukkede avdelinger. Årsaker til forsinket utskrivelse handler videre om økonomi og ressurstilgang. Noen kommuner har store utfordringer med å greie utgiftene som følger med en slik pasient(gruppe). Flere informanter nevner finansiering av tilbudet til den enkelte pasient og til pasientgruppen som helhet som en årsak til at pasienter må vente på utskrivelse fra sikkerhetsavdeling.

En kommune sier at de har «*få tilpassede boliger med oppfølging til denne pasientgruppen»*. Andre poengterer at de opplever det som «*en utfordring at statsadvokaten og spesialisthelsetjenesten bestemmer hvilke betingelser (en) bruker skal bo under i kommunen, og så må vi betale for dette uten å kunne påvirke tilbudet. Da burde det vært finansiert av staten»*. Det vises til at egenandelskravet er for høyt for små kommuner, samt at mangel på tilstrekkelig finansieringsordning er en viktig grunn til at enkelte kommuner sliter med å kunne overta slike pasienter. Flere oppgir at det må følge med midler til denne pasientgruppen for at kommuner/bydeler eller enheter i spesialisthelsetjenesten skal kunne sørge for forsvarlig omsorg og sikkerhet. Tilgang på materielle ressurser i form av egnet bolig eller tilgang på personalressurser (enten det er snakk om kompetent personell eller tilstrekkelig med personell) beskrives også som utfordrende for mange. En av sengepostene formidler at det foreligger «*problemer med å få bemannet bolig, problem med å få tildelt kommunal bolig, problem med å etablere prosjektboliger og problem med å få institusjonsplass der det trengs»*.

En rekke svar avspeiler uenighet mellom sikkerhetsavdeling og kommune om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar. Dette kan relateres til **kultur.** En kommune sier at «*grunnleggende kriterier for overføring til TUD* (tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold) *ikke er innfridd».* I svarene fra mottakerkommunene vises det videre til at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om forholdene i kommunene, altså mangler det en felles forståelse: «*Men me opplever at spesialisthelsetjenesten «forventar» at vi skal gjennomføre kontroll /sanksjonar i bustad som ikkje er lovlege. Til dømes ruskontroll, overvaking, beslaglegging av utstyr i hans eigen heim».* Andre svarer *«vedtaksansvarlig overfører oppgaver kommunen ikke har hjemmel til å utføre»* og *«…kommunen har på ovenfor nevnte bakgrunn ikke vurdert det forsvarlig å ta imot pas, og har kommentert på det en oppfatter som anbefalinger om uhjemlet tvang i kommunen».*

Det fremkommer også at sikkerhetsavdelingene oppfatter uvillighet hos kommuner eller mottakende enheter som årsak til at utskrivelse av pasienter forsinkes. Svarene fra sikkerhetsavdelingene inkluderer beskrivelser av uvilje til å ta imot vanskelige pasienter, liten vilje til å stille med de tiltak som er vurdert nødvendig, eller trenering av

utskrivningsprosessen. I svarene fra kommuner og mottakende enheter ser vi en motsats til disse beskrivelsene, da beskrevet som uenigheter mellom sikkerhetsavdelinger, spesialisthelsetjenesten på et lavere omsorgs- og behandlingsnivå (DPS) og kommuner/bydeler. Dette kan dreie seg om forsvarlighet i det førstelinjen kan tilby, uenighet om hvor en pasient har hjemstavn, om pasienten er utskrivningsklar og de risikovurderinger som er gjort, eller manglende samarbeidsavtaler. Dette er beskrivelser som faller inn under nøkkelbegrepet **kultur** og omhandler både holdninger, samhandling og kommunikasjon som påvirke forløpet mellom ulike nivåer for pasientene - og hvor lang tid de blir værende på hvert nivå. Samlet eller hver for seg kan alle disse utfordringene skape usikkerhet og motstand i en kommune eller avdeling som bes om å ta imot en utskrivningsklar pasient og kan medføre at utskrivelsesprosessen blir forsinket.

Funn: Samarbeidsprosesser mellom de ulike sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivåene.

Alle sikkerhetsavdelingene oppgir å ha erfart problemer med å skrive ut sikkerhetspsykiatriske pasienter. På spørsmålet «Har dere etablerte samarbeidsprosedyrer med mottakende enhet om overføring av pasient?» svarer halvparten (n=11) bekreftende på dette. På oppfølgende spørsmål om hvorvidt disse prosedyrene benyttes, svarer 7 av 10 enheter at prosedyrene ofte blir benyttet. Fem sikkerhetsavdelinger oppgir at det hender de skriver ut pasienter selv om vesentlige kriterier for en utskrivelse mangler.

Omtrent halvparten av mottakeravdelingene i spesialisthelsetjenesten (n=13) har særskilte prosedyrer for samarbeid om mottak av pasienter fra sikkerhetsavdeling. Det vises til både standardisert forløp og faste møter eller samarbeidsmøter i god tid før utskrivelse. Kun to av avdelingene oppgir å benytte prosedyrene bare av og til. For de som ikke har særskilte prosedyrer beskrives likevel kontakt og samarbeid via ulike kanaler som henvisning, samarbeidsmøter og dialog omkring utskrivningen mellom de (faglig) ansvarlige på de aktuelle avdelingene.

Når det gjelder de deskriptive åpne kommentarene fremkommer det at få kommuner har særskilte prosedyrer for pasientgruppen, men de fleste beskriver et samarbeid om utskrivningsprosessen. Svarene her peker mot flere av de faktorene som den kvalitative analysen identifiserte og passer inn under nøkkelbegrepene **kultur** og **ytre rammer**. Bare en kommune svarer at de har «*egen samarbeidsavtale og eget pakkeforløp».* En annen presiserer at «*vi vurderer alle våre innbyggere individuelt og etter vurderingsskjema. Ønsker ikke at dette skal være en spesiell gruppe»*.

Ett DPS sier at kommunene rapporterer at det er krevende og at det er et forbedringspotensial i samarbeidet mellom nivåene: «*Det er behov for økt kunnskap, praktisk veiledning og rådgivning i enkeltsaker, og tydeligere beskrivelser av ansvar og oppgaver for involverte instanser».* Oppsummert peker svarene fra mottakeravdelinger og -kommuner på at det er krevende for alle kommunene å motta en utskrivningsklar sikkerhetspsykiatrisk pasient, samtidig som det ikke er umulig for de fleste. En kommune svarer at «*med god planlegging i forkant, gode samarbeidsavtaler og håndteringsplaner er kommunen i stand til å ivareta sikkerhetspsykiatriske pasienter»*. Samtlige ja-svar på dette

spørsmålet nevner at direkte utskrivning fra sikkerhetsavdeling til kommunen er problematisk. Det vises imidlertid til behov for gradvis nedtrapping av tvangstiltak og behov for å ha spesialisthelsetjenesten påkoblet etter overføring. Tydelig fordeling av ansvar, godt utarbeidede planer for behandling og risikohåndtering, samt samarbeid om oppfølgingen ser ut til å være premisser for at kommuner skal være i stand til å ta vare på denne pasientgruppen. Hva som er fremkommer som viktigst for å bedre utskrivelsesprosessen ut i fra de kvantitative funnene oppsummeres i tabellen under.

Tabell 7 Oversikt over i hvilken grad ulike faktorer vurderes viktig for å bedre utskrivelsesprosessen (oppgitt i %) sett fra hver respondentgruppe sitt perspektiv

	Regional/lokal sikkerhetsavdeling (n=22)	**Kommunene (n=37)**	**Øvrige avd. innen spes.helsetjenesten for psykisk helsevern (n=28)**
Egen finansordning som følger pas. dom TPH ut til kommune	91%	83%	89%
Flere arb.pl/vernet sysselsetting for pas. fra sikk.psyk. avd	70%	75%	71%
Flere sengeplasser i lukkede sengeposter	81%	78%	78%
Bedre finansieringsord. for bemannede boliger	96%	83%	85%
Permanente boliger org. Innen spes.helse.tj gjeldende lovverk	95%	79%	64%
Forpliktende samarbeidsavt. mellom sikk.psyk og mottaker	91%	100%	89%
Gjensidig forståelse om pas.gruppe og juridiske bestemmelser	86%	97%	96%
Lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet	*spm. mangler	87%	93%

Det fremkommer av kommunenes åpne svar at de oppfatter seg bevisst sitt ansvar for å gi personer som er utskrivningsklar et tilbud i kommunen. De opplever seg kompetent og i stand til å ta oppgaven, forutsatt at spesialisthelsetjenesten tar sitt ansvar. Kommunenes svar på hva som skal til for at de skal ta imot pasienter fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger kan sammenfattes med et av kommunenes utsagn: «*Kommunene vil være i stand til mottak ved å ha forpliktende avtaler, tett samarbeid og klar ansvarsfordeling»*. Kommunene ønsker å vurdere pasientens tjenestebehov selv, sammen med pasienten. De ønsker ikke kun å motta en bestilling fra spesialisthelsetjenesten. De ønsker heller ikke at påtalemyndigheten skal legge føringer for det tilbud de skal yte til den enkelte pasienten. Samarbeid fremmes som sentralt av de fleste mottakerkommunene. Det handler om tidlige møter for drøfting av kriterier for utskrivning, samarbeidsmøter for planlegging og gjennomføring av utskriving, og samarbeid om utforming av avtaler og risikohåndteringsplan. Slike prosesser kan forstås som utveksling av verdier og holdninger, presentasjon av hverandres kunnskap og syn på helse, bedringsprosesser m.v. Ideelt sett utvikles det på denne måten en felles forståelse for

hverandres tjenester og en kultur preget av respekt og likeverd som funnene tyder på er avgjørende for god samhandling. Ansvars- og oppgaveavklaring som nedfelles i avtaler går igjen som et viktig tema. Her poengteres det at kommune og spesialisthelsetjeneste jobber under ulikt lovverk, og dermed må ha ulikt ansvar for pasienten. Noen få kommuner presiserer viktigheten av at fagligansvarlig i spesialisthelsetjenesten tar sitt ansvar.

Avtaler og planer må etableres og følges opp, og de fleste kommunene trekker fram planer som viktige verktøy for å regulere felles ansvar for at en lykkes med å skrive ut pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Som det fremgår av funnene i rapporten benyttes IP i liten grad for denne pasientgruppen i forbindelse med utskrivningen, og mangel på IP oppgis å ikke bli tillagt vekt verken av mottakeravdeling eller kommune. Plan for risikohåndtering og avtale om reinnleggelse ved endring i symptombildet trekkes fram av flere mottakeravdelinger og kommuner som sentralt. Ved behov for reinnleggelse forplikter sikkerhetsavdelingen eller annen egnet avdeling seg til å ta imot pasienten når denne meldes (dette kan f.eks. være akuttpsykiatrisk avdeling for å sikre rask innleggelse). Dette bør være på plass ved utskriving av denne pasientgruppen, og inngå som en del av pasientens risikohåndteringsplan.

Kunnskapsutveksling, samtidighet og samarbeid har også med de ytre rammene å gjøre, og flere av kommunene ber om at sykehuset etablerer rutiner som sikrer at kommunene tidlig inviteres inn i planlegging av utskrivning. Det bes om møter tidlig i behandlingsforløpet, underveis i forløpet og før utskrivning. Hospitering nevnes av flere, noe som handler om tid og ressurser til at personalet fra den mottakende enhet (enten denne er i kommune/bydel eller sengepost innen spesialisthelsetjenesten) kan være i sikkerhetsavdelingen for å bli kjent med pasienten og få grundig innsikt i de erfaringer de har gjort seg. Nødvendig kompetanseoverføring og felles forståelse av pasienten og dennes behov for tiltak ved utskriving fremstår som et sentralt funn i kartleggingen. Dette pekes også på som en forutsetning for god kommunikasjon omkring omsorgsnivå og tiltak som ivaretar samfunnsvernhensynet hos mottaker. Noen av kommunene forteller om hospitering som en vesentlig faktor i å lykkes med utskrivning, andre forteller at dette er et ønsket ledd i prosedyrene. Svarene fra kommunene/bydeler og de mottakende enhetene innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern er ikke så ulike svarene fra sikkerhetspsykiatrien. Samtlige peker på samarbeid eller samhandling som en viktig faktor, der dette innebærer «*tidlig kontakt, god dialog og respekt for hverandres tjenester»,* som en mottakerkommune har svart. Svarene på hva som ligger til grunn for et godt samarbeid peker mot en prosess som går over tid, der nødvendige ressurser er tilgjengelig og lovverket ikke blir til hinder. Klar ansvarsfordeling og avtaler om reinnleggelser eller veiledning/kompetanseoverføring er også tiltak som nevnes av flere som muliggjørende for utskrivning og mottak av denne gruppen pasienter.

Beskrivelsene over fra de kvalitative svarene samsvarer med de kvantitative resultatene som vist i tabellen under.

Tabell 8 Faktorer kommunene vektlegger som viktige (i prosent) for å kunne motta pasienter fra sikkerhetsavdelingene

	% (n=37)
Oppdatert risikovurdering/håndteringsplan	88%
Enighet om hvem som har videre ansvar for det tvungne vernet	85%
Avtale om systematisk samarbeid med utskrivende enhet	82%
Pasienten samarbeider om behandlingen sin	79%
Egnet botilbud	79%
Ressurser til å håndtere risikoatferd	74%

Drøfting

Sikkerhetspsykiatrien, pasientgruppa og utskrivelse til lavere omsorgsnivå

Å kartlegge en relativt liten gruppe utskrivningsklare pasienter fra sikkerhetsavdeling kan synes å være en enkel oppgave. Som tidligere beskrevet (Helse og omsorgsdepartementet, 2012; Kilden m.fl., 2020) viser også denne kartleggingen at sikre tall er vanskelig å dokumentere. Mangelfull registrering, dårlig oversikt over hvordan registreringene gjøres eller ulike definisjoner av når en pasient er utskrivningsklar, bidrar til dette. Tall fra ulike sikkerhetsavdelinger er derav ikke nødvendigvis sammenlignbare. Samtidig peker resultatene på at både pasientene i utvalget og de generelle utfordringene knyttet til utskrivelser er sammenfallende med det som fremkommer i «Statusrapport Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019» (Kilden m.fl., 2020).

Norge er et lite land og sikkerhetspsykiatrien er en svært liten del av en større, men fremdeles liten, spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern. Likevel finnes det ingen enhetlig organisering av hvordan de ulike HF-er eller kommuner benytter sine tilgjengelige ressurser. Det finnes heller ingen systematikk i hvordan en utskrivningsklar pasient registreres, verken hos HF-ene eller i kommunene som får pasienten meldt. Dette resulterer i at det er vanskelig å få oversikt over pasientgruppen. Naturlige geografiske forskjeller som kommunestørrelse og lokalisasjon kan vanskeliggjøre det å gi et likeverdig sikkerhets-, behandlings-, og omsorgstilbud til pasientgruppen.

Til tross for at det ut fra spørreundersøkelsen ikke er mulig å si noe konkret om geografiske variasjoner, tyder funnene på at små kommuner vil kunne ha dårligere forutsetning for å håndtere denne pasientgruppen. Små kommuner har ofte mindre tilgang på personal med kompetanse og/eller erfaring med å jobbe med denne pasientgruppen, mindre tilgang på tilrettelagt bolig, og lange avstander som vanskeliggjør samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen. Samtidig vil små og perifere sykehusavdelinger og DPS kunne ha det samme utfordringsbildet med tanke på faglige ressurser. De større kommunene ser ut til å ha bedre mulighet til å skape rutiner som gir tilgang på kompetanse og personell, og har oftere spesialisthelsetjenester i eget område, noe som gir anledning til å utnytte de tilgjengelige ressursene bedre. En liten kommune som bare av og til får ansvar for vanskelige pasienter vil ha problemer med å bygge opp kompetanse og personalbase, samt problemer med å holde på denne ressursen.

I enkelte deler av landet er det en utbredt praksis at pasienter skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling via allmenpsykiatriske sengeposter før de overføres til

mottakerkommunen, mens andre steder er det lokal sikkerhetsavdeling som utfører den samme jobben. Forskjellige «veier» ut av sikkerhetsavdeling kan medføre både ulemper og fordeler for pasienten. En ulempe ved å skrive ut via annen sengepost kan for den enkelte pasient være at det blir flere nye mennesker og avdelinger å forholde seg til, noe som også innebærer nye rutiner og regler. Dette kan være svært utfordrende for denne pasientgruppen som trenger stor grad av forutsigbarhet, kontinuitet og trygghet. En fordel kan derimot være at pasienten blir skrevet ut fra et nivå som har god kjennskap til den lokale kulturen, egenskaper ved mottakende enheter og som i tillegg har samarbeidet innenfor de samme ytre rammene i lignende prosesser tidligere. Disse pasienten har ofte en forhistorie som gjør at de kanskje har vært innom lokale sengeposter tidligere, og de vil i så fall komme tilbake til kjente omgivelser og personer.

I Stortingsmelding 26 (2015) anbefales det at tjenestene til pasienter som er alvorlig psykisk syke, med eller uten rusbruk, og med vold i anamnesen, bør organiseres i ambulante og 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 modellen er såkalte «halvannenlinjetjenester» der både spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten er representert i de enkelte teamene.

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 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 tvangsinnleggelser i psykisk helsevern og sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang (Ruud, 2014). Videre vises det til sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern, særlig for personer med mange innleggelser 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.

FACT-modellen er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen i Nederland og er i mindre grad fulgt av forskning. FACT er utviklet som et svar på utfordringene med å gi tjenester til innbyggere med alvorlige psykiske lidelser over lang tid. Et FACT-team behandler en mer sammensatt pasientgruppe enn for eksempel ACT-teamene. Kjernen i FACT-modellen er at det tilstrebes kontinuitet i behandlingen av den enkelte pasient, og at vedkommende ikke blir skrevet ut fra behandlingsteamet når bedring inntreffer (van Veldhuizen, 2013). Dette innebærer at ved et eventuelt tilbakefall kan behandlerne raskt øke intensiteten i behandlingen, og pasienten slipper å forholde seg til ukjente/nye behandlere. Etableringen av halvannenlinjetjenester bidrar også til bedre utskrivningsprosesser, og gir kontinuitet i overgangene mellom poliklinikk og sengepost. Behandlerne ute opprettholder kontakten med pasienten også når vedkommende er innlagt, deltar på møter og bidrar slik til å trygge pasienten i utskrivelsesprosessen. Evalueringen av Norges første FACT-team (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) fremhever at spesialisthelsetjenesten bringes ut i kommunene gjennom denne organiseringsformen, og bidrar med veiledning og

kompetanseoverføring, samt at det bedre sikrer at den enkelte pasient får tilgang til spesialisthelsetjenesten ut i fra sine pasientrettigheter. Videre viser evalueringen blant annet at innleggelser og oppholdsdøgn på tvang i psykisk helsevern er nesten halvert etter inntak i FACT-teamene, sammenlignet med to år før inntak. En observasjonsstudie (Sood L. m.fl. 2017) viser også at pasientene som ble overført fra kommunehelseteam og ACT til FACT-team hadde mindre sykehusopphold og redusert behov for akutte kriseteam.

Det finnes lokale team inspirert av FACT – modellen som FACT-forensic (FACT Sikkerhet). Funnene i vår kartlegging tyder på et økt behov for spesialiserte oppsøkende og ambulerende team, spesielt for noen av de sikkerhetspsykiatriske pasientene, der det ordinære tilbudet ikke synes tilstrekkelig. Dette kan sees i sammenheng med en stor økning i antall utskrivelser fra sikkerhetspsykiatrien de siste årene (Haaland 2016, Kilden m.fl., 2020), som igjen kan medføre et større behov for at sikkerhetspsykiatrien følger opp noen av pasientene videre, også etter utskrivelse fra sikkerhetsavdeling. I opptaksområder der befolkningsgrunnlaget ikke er stort nok for å etablere team som her beskrevet, er individbaserte team som etableres ut fra den enkelte pasients behov relevant. Dette kan også være en aktuell tilnærming for pasienter i større opptaksområder, men da for de som har utfordringer knyttet til å forholde seg til mange ulike ansatte, og som har omfattende behov for oppfølging eller har så stor problembelastning at kommune, DPS og sikkerhetsavdeling ikke greier å gi behandling og oppfølging innenfor det ordinære tjenestetilbudet. Det kan dreie seg om kombinasjonen av alvorlig personlighetsproblematikk, rusmiddelproblemer og voldelig atferd, av og til i kombinasjon med kognitiv svikt/utviklingsforstyrrelser. Ambulante og oppsøkende team som her beskrevet er en ønsket utvikling fra helsemyndighetenes side, og sterkt anbefalt i Stortingsmelding 26 2014-2015 (2015).

I sentraliserte områder med stor befolkningstetthet og betydelige befolkningsvekst pekes det på en økende kapasitetsutfordring innen sikkerhetspsykiatrien (Kilden m.fl., 2020). Selv om antall utskrivelser fra sikkerhetsavdeling har økt betraktelig de senere årene, er det blitt færre sengeplasser i hele helselinjen som går parallelt med en økende tendens til at stadig flere pasienter underlagt særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern tar opp sengekapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien over tid (ibid.). Denne pasientpopulasjonen kommer på grunn av behovet for videre tvangstiltak ikke inn under definisjonen utskrivningsklar jfr. Forskrift om utskrivningsklare pasienter, og kan dermed pga. samfunnsvernhensynet ikke skrives ut til et kommunalt tilbud. Likevel er disse pasientene vurdert til ikke å være i behov av eller kunne nyttiggjøre seg videre behandling på sikkerhetsavdeling.

En annen gruppe pasienter som i økende grad forblir i sikkerhetspsykiatrien er utenlandske statsborgere med utvisningsvedtak. Disse har ingen sosiale rettigheter i Norge og derav ingen kommunal tilhørighet som de kan skrives ut til. Pasientene er såkalt «ureturnerbare» og vil som oftest bli værende på sikkerhetsavdeling/laveste behandlingsnivå i spesialisthelsetjenesten uten et kommunalt mottakertilbud, selv om pasienten verken er i behov for de sikkerhets- eller behandlingsrammer som spesialisthelsetjenesten er ment å tilby. For enkelte slike pasienter har UDI tidligere tatt ansvar for pasienten gjennom å betale institusjonsplass på et lavere omsorgsnivå, men denne ordningen synes ikke å være en del av

et generelt tilbud til gruppen. Begge pasientgruppene her beskrevet legger beslag på døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien/ spesialisthelsetjenesten over svært lang tid, noen mange tiår, uten at det i dag eksisterer et reelt alternativ utenfor en lukket sengepost. De opptar da plasser på bekostning av andre pasienter med behandlingsbehov og -potensiale.

Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen og Rise (2013) har undersøkt hvordan pasienter vil beskrive et godt tjenestetilbud. Her kommer det tydelig frem at også pasientene merker seg dårlig samhandling mellom ulike tjenesteytere og at de ønsker seg samhandlende tjenester. De vil ha respekt, faglig dyktighet, forutsigbarhet, fleksibilitet, informasjon, samhandling og at beslutninger fattes i fellesskap. De ønsker seg også kontinuitet i den behandling og oppfølging som tilbys, der det over år bygges opp gode relasjoner mellom pasient og primærkontakt/behandler/team. Soggiu og Biong (2014) konkluderer i sin forskningsrapport at et team i førstelinjen som er etablert for å følge opp den pasientgruppen som er tema for denne rapporten, best gjøres innenfor rammen av recovery-perspektivet. Recoverybaserte tilnærmingsmåter, som ut fra modellene blant annet innebærer at pasientene får møte personer med egenerfaring kan videre bidra til at man møter pasientene med et større spekter av tilnærminger og med dette bidra til endring. Det å tilby personen at brukerrepresentanter/brukerorganisasjoner deltar i utskrivingsmøter og samhandlingsmøter mellom avgivende og mottakende part, kan både fungere som en støtte for brukeren, og erstatte privat nettverk der dette er mangelfullt. Deler av sikkerhetspsykiatrien har begynt å gjøre seg erfaringer med å ansette erfaringskonsulenter/personer med brukerkompetanse. Dette kan i seg selv virke motiverende for pasientene og gi de håp. En studie viser også at pasienter har svært positive erfaringer med bruk av erfaringskonsulenter (Borg, m.fl. 2017). Erfaringskonsulenter som medarbeidere kan også bidra til at pasientenes stemme i større grad blir hørt. Godt samarbeid mellom tjenestenivåene, pasienten og pårørende (eller erfaringskonsulent der pårørende ikke har en støttende funksjon) synes å være et område der sikkerhetspsykiatrien må ha et større fokus enn hva som generelt er tilfellet per i dag.

Juridiske rammebetingelser: Ulikheter knyttet opp mot bruk av tvang, samfunnsvern og kommunetilhørighet

Flere lover og forskrifter reguler prosessene knyttet til utskrivning av pasienter fra en sikkerhetsavdeling. Basert på funnene i denne rapporten oppleves lovverket å være komplekst. Rapporten avdekker videre at lovverk og forskrifter i liten grad harmoniserer med hverandre, og åpner opp for ulik tolkning av sentrale momenter i utskrivelsesprosessen. Funnene i denne undersøkelsen viser at det foreligger ulike oppfatninger om når en pasient er utskrivningsklar. Spennet i oppfatninger synes å være preget av ståsted, bakgrunn og kultur. I dette spennet kan det også være utfordringer knyttet til vurdering av framtidig voldsrisiko. Spenningsforholdet er ikke nytt. Det er tidligere beskrevet at jo større vekt som er på «farlighet» og «uforutsigbarhet», jo sterkere blir det lagt vekt på at brukerne «ikke hører hjemme i kommunen» (Pettersen og Rudningen, 2014). Ulikheter i lovverk og juridiske rammebetingelser mellom spesialisthelsetjenesten (primært sengepostene) og kommunalt nivå trekkes av flere informanter frem som en faktor som vanskeliggjør utskrivningsprosessen, spesielt der avgivende enhet i spesialisthelsetjenesten og kommune i liten grad har kunnskap om hverandres lovverk og de muligheter og begrensninger dette gir for inngripende tiltak/tvang etter utskriving. Enkelte kommuner svarer at lovverket i kommunen ikke er tilpasset sikkerhetspsykiatriske pasienter og at dette vanskeliggjør

mottak, mens andre viser til at det er mulig å gjennomføre en vellykket utskrivning ved dagens lovverk, gjennom samhandling og samtidighet i ansvar.

Ved utskrivelse til en kommune viser kartleggingen at en felles forståelse for når en pasient er utskrivningsklar - eller når en kommune skal ta imot en pasient fra sikkerhetsavdeling - ofte mangler. Det sees en diskrepans i synet på hvem som avgjør når en pasient er utskrivningsklar, der noen kommuner formidler en tydelig forventning om at de skal ha en medbestemmelse i denne vurderingen. Å være utskrivningsklar betyr ikke bare at pasientens psykiske lidelse, henviste og oppdagede problemstillinger og pasientens videre behandlingspotensial er avklart. Tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten må også være avsluttet (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter).

Kommunehelsetjenestens lovverk synes ikke å ivareta samfunnsvernhensynet slik spesialisthelsetjenestens lovverk gjør. Funnen tyder på at pasienter, med begrunnelse i samfunnsvernhensynet, må oppholde seg i sykehusavdeling selv etter å ha blitt vurdert som ferdigbehandlet der. Til tross for at manglende utskriving fra sikkerhetsavdeling kan være i strid med pasientens rettssikkerhet og lovfestede krav til å ikke oppholde seg på et høyere sikkerhetsnivå lenger enn nødvendig har kommunene likevel ikke et lovpålagt ansvar for å ivareta samfunnsvernhensynet. Samtidig må det påsees at pasienter med behov for videre tvangstiltak ikke skrives ut til kommunen og blir fratatt sin rettssikkerhet ved å bli utsatt for uhjemlet tvang - eller at de godtar tvangstiltak de egentlig ønsker å si nei til, men føler seg tvunget til å godta som premiss for et botilbud i kommunen (NAPHA, KBT 2017). Det må være et mål at pasienter ikke skal utsettes for unødig frihetsberøvelse og begrensninger, og at pasientens autonomi opprettholdes så langt det er mulig. Uhjemlet tvang fratar pasienten og dens pårørende de lovmessige kontroll- og klagemuligheter som de har gjennom psykisk helsevernloven. Selv om pasienter er på dom eller er vurdert til å ikke ha samtykkekompetanse mtp. egen behandling, skal pasientenes medbestemmelse og delaktighet i egen behandling og avgjørelser som påvirker deres liv ivaretas. Dette selv om pasienten kan ha egenskaper som utfordrer kommunens mulighet til å ta imot pasienten. Dersom pasienten ikke ønsker tjenester fra kommunen kan det likevel påvirke muligheten for pasienten til å bo i kommunen, hvor frivillighet og autonomi er premisser for den kommunale behandlingen og de omsorgstjeneste som gis.

En må påse at den maktubalansen som kan være mellom de ulike tjenestenivåene ikke medfører at kommunen eller enkeltpersonell opplever et press som resulterer i uhjemlet tvang. Samtykke eller avtale kan ikke anvendes som rettslig grunnlag for å gjennomføre urimelige eller ulovlige vilkår i tjenesteytelsen, og skal heller ikke regulere spørsmål som er så inngripende at de må anses for å kreve hjemmel i lov i samsvar med legalitetsprinsippet. Eksempelvis: det kan drøftes om en person befinner seg i en tvangslignende situasjon, om han får valget mellom å forbli innlagt i en sikkerhetsavdeling, versus å få egen bolig med 2-1 oppfølging 24 timer i døgnet. Helsedirektoratet har selv påpekt at dette er urimelige/ulovlige vilkår som er for inngripende (NAPHA, KBT 2017). Det er viktig at alternativer til tvang alltid er førende for den behandling, tiltak og oppfølging som gis (Bjørgen, Storvold, Norvoll, Husum, 2014). Inngrep i pasientenes liv med tvang skal alltid være siste utvei der andre løsninger for å ivareta pasienten eller samfunnsvernhensynet ikke er tilstrekkelige.

I vårt utvalg synes mange av utfordringene her nevnt å være spesielt problematisk for pasienter som er idømt særreaksjonen dom på tvungent psykisk helsevern, eller for pasienter som begår voldsatferd i den grad at farekriteriet i psykisk helsevernloven vil være gjeldende. Når pasienter er underlagt vedtak om tvungent psykisk helsevern (uavhengig av dom) vil det være utfordringer knyttet til det å ivareta samfunnsvernhensynet på et lavere sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivå ved utskrivning fra sikkerhetsavdeling. For alle pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern har spesialisthelsetjenesten et ansvar for å forsøke å forebygge økende symptomtrykk eller nye sykdomsepisoder, og forhindre at pasienten er til fare for seg selv eller for andre.

En annen utfordring synes å være den uklarhet som finnes i lovverket hva gjelder pasientenes kommunetilhørighet. Hvorvidt pasienten selv kan velge bostedskommune mens de fortsatt er innlagt i sikkerhetspsykiatrien har konsekvenser for hva gjelder avklaring om hvilken kommune som skal etablere det omfattende og sammensatte tjenestetilbudet pasienten ofte er i behov av. Der spesialisthelsetjenesteloven forholder seg til det stedet pasienten oppholdt seg før innleggelse, stadfester kommuneloven at pasienter står fritt til å velge bostedskommune. Det vil si at enkelte av disse pasientene mangler tydelig tilhørighet til en enkelt kommune/bydel. De fleste av oss tar for gitt at vi står fritt til selv å velge hvor vi ønsker å bo og etablere oss. Hvor den enkelte utskrivningsklare pasient skal bosettes vil ha stor innvirkning på deres liv og hverdag. Kartleggingen viste at for 7 av 18 pasienter var hinderet at mottaker ikke hadde vedkjent seg ansvar for pasientene. I flere av disse svarene ble det presisert at uenigheten vedrørende pasientens kommunetilhørighet var det som forsinket utskrivelsen. Flere kommuner har også boplikt før en innbygger tildeles kommunal bolig. Dette gjør det spesielt vanskelig når en utskrivningsklar pasient velger å melde flytting til en ny kommune da det kan bidra til å forsinke og vanskeliggjøre utskrivningsprosessen ytterligere.

Hvorvidt kommunene ønsker å ha lovhjemmel til å benytte tvang eller om de ser på det som en ren spesialisthelsetjenesteoppgave slik det er i dag, varierer. Kommunenes holdning til det å skulle ha ansvar for ivaretakelse av samfunnsvernhensynet varierer også – fra de som er positive til de som ikke ønsker dette. Hva som ligger i det å være positiv eller negativ, om en ser for seg at samfunnsvernhensynet da skulle ivaretas i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten (DPS) eller som et selvstendig ansvar hos den enkelte mottakerkommune, har ikke denne undersøkelsen spurt konkret om. Svar fra noen kommuner indikerer at påtalemyndigheten og spesialisthelsetjenesten ber om tiltak kommunen ikke har lovhjemmel til å gjennomføre, der det nærmest «bestilles» tiltak fra spesialisthelsetjenesten/påtalemyndigheten som kommunene ikke rår over. Kommunene ønsker å komme tidlig inn i vurdering og planlegging av utskrivning, og vil selv - sammen med pasienten - vurdere tjenestebehov. Kommunene ber om et samarbeid om gjensidig avklaring av kriterier for utskriving, og for reinnleggelse. Samtidig er dette vurderingsansvaret tillagt spesialisthelsetjenesten alene. Manglende opplevelse av respekt for hverandres kunnskap, begrensninger og ulike rammevilkår er beskrevet som årsaker til forsinket utskrivelse slik flere som har svart på undersøkelsen peker på.

For at kommunale behov skal ivaretas slik at de er i stand til å motta alle i denne pasientgruppen, må de her poengterte utfordringer knyttet til lovverk avklares slik at de ikke lengre medfører hinder i utskrivelsesprosessen.

Økonomiske behov og finansiering knyttet til ressurser som personell, bolig og døgnplasser

Det er av flere kommuner oppgitt å være utilstrekkelig finansieringstiltak for mottak av pasientgruppen, og at dette forsinker utskrivelsen. Mange ser behovet for en bedre statlig tilskuddsordning når en kommune skal ta imot sikkerhetspsykiatriske pasienter med behov for omfattende tilrettelegging. En god tjeneste krever tilstrekkelig med personalressurser, kompetanse og bygninger eller fasiliteter som egner seg. Uten god nok tilgang på alt dette vil en kommune ikke være rustet til å håndtere en pasient med vanskelig atferd, og tilgangen bestemmes i stor grad av kommuneøkonomi. Pasientgruppen har ofte behov for komplekse og sammensatte tjenester fra kommunen etter utskrivning. Dette krever en betydelig innsats fra mottakende kommune i samarbeid med spesialisthelsetjenesten med tanke på ivaretakelse av omsorg, rehabilitering og sikkerhet. En uenighet som kan oppstå er eksempelvis hvem som skal betale for et kommunalt tiltak med 2:1 bemanning der begrunnelsen for tiltaket er ivaretakelse av samfunnsvernhensynet.

Kartleggingen viser også at det i dag ikke finnes et tilstrekkelig omfang av adekvate boligtjenester til denne pasientgruppen. Det synes spesielt å være en mangel på tilrettelagte boliger med tilstrekkelig bemanning. Helse Sør-Øst har etablert flere driftsavtaler med private institusjoner der spesialisthelsetjenesten kan søke på ledige plasser. Kommuner og bydeler kan også kjøpe tjenester hos de samme institusjonene, og det er ikke uvanlig at en pasient kan starte på en spesialisthelsetjenesteplass for så å bli overført til kommunal plass (der ansvaret for finansiering flyttes fra helseforetak til kommune). I Helse Nord finnes et kommunalt botilbud på sykehusområdet i Åsgård. Det som opprinnelig var et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset og kommunen, er nå overtatt helt av kommunen. Underlagt avdeling sikkerhet i Helse Stavanger finnes et botilbud, EVA, for personer med autismespekterforstyrrelse, psykisk utviklingshemming eller alvorlig psykisk lidelse som i tillegg har svært utfordrende atferd (rus, selvskade, volds- og sedelighetsproblematikk). Enheten finansieres i hovedsak av at kommunen kjøper plasser og følger sykehjemsforskrift, men personalet som jobber der er faglig og organisatorisk underlagt sikkerhetspsykiatrien. EVA, med sin samdrift mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, er det eneste botilbudet av sitt slag i Norge. Enheten har på ulikt vis problematisert utfordringer knyttet til å ivareta sikkerheten til pasientene under gjeldende lovverk, men har også eksemplifisert hva som er mulig å få til innen rammene av det lovverket som eksisterer. Det eneste alternativet for flere av disse pasientene er i praksis lukket avdeling/sikkerhetspost.

En mulig løsning, foreslått av flere, er å etablere såkalte «sikkerhetsboliger». Ønsket her er å etablere permanente boliger for sikkerhetspasienter med spesielt krevende utfordringsbilde, organisert innen spesialisthelsetjenesten med mulighet for tvangshjemler som vil regulere grensesettende tiltak. Argumentene for dette er å sikre muligheten til inngripen ved tvang i pasientenes bolig når det er behov for dette, og da særlig med tanke på å ivareta samfunnsvernhensynet, samtidig som at man ivaretar pasientens rettssikkerhet ved at pasienter og pårørende har klage- og kontrolladgang iht. phvl.

I tillegg til ovennevnte særtiltak finnes mer utbredte organisasjonsmodeller som skal gi et helhetlig og samtidig tilbud om bolig, behandlings- og omsorgstjenester. «Flexbo» og «Housing First» (Ly A, Latimer 2015) er to botiltak som synes særlig relevante for den pasientgruppen vi her snakker om, og som kan innrettes sammen med ambulerende tiltak fra spesialisthelsetjenesten spesielt mot å ivareta personer som man antar kan utgjøre en

sikkerhetsrisiko. Funnene i kartleggingen tyder på at denne type organisering av tjenestene bidrar til at man lykkes i utskrivelsesprosessen. Et problem er likevel at mange av de faktorene som kjennetegner gode overføringsprosesser ikke blir belønnet økonomisk. Helsetjenestene er finansiert gjennom ulike instanser som kommuner og helseforetak, og kapasitetsbegrensninger i den enkelte enhet vil påvirke de rammer som ulike aktører har for å etablere gode utskrivelsesprosesser. Dagens system for fordeling av oppgaver mellom ulike nivå og de ulike aktørers inntjeningsmuligheter fremmer ikke nødvendigvis samhandling eller gjør samtidighet i tjenestene til økonomisk rasjonell atferd.

Ut i fra ovenfor nevnte drøfting kan det virke som en urettmessig forskjell at særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern ikke har en finansieringsordning lik den som eksisterer for dom til tvungen omsorg (jfr. § 11 i Forskrift om gjennomføring av særreaksjon tvungen omsorg). Av denne fremgår det at staten dekker avtalepartens (kommunens) utgifter til gjennomføring av tvungen omsorg. Tilsvarende ordning finnes også for statlig finansiert prøveløslatelse for forvaringsdømte.

Samarbeid og samhandling: Hva skal til for at eksisterende forskrifter og prosedyrer tas i bruk?

Det er likevel ikke bare økonomi som er styrende for hvordan de ulike tjenestenivåene samhandler. Hvilken kultur for samarbeid som eksisterer mellom de ulike nivåene fremstår også som en viktig faktor for en vellykket utskrivelsesprosess. Det sikkerhetsavdelingene opplever som uvilje hos kommunene som forsinker en utskrivelse, kan fra mottakers side være en faglig godt begrunnet avvisning. Det spesialisthelsetjenesten opplever som negative holdninger er i svarene fra mottakerkommunene beskrevet som nødvendige valg. På samme måte kan det kommunene opplever som arrogante holdninger være «riktige» vurderinger av hvorvidt pasientene er utskrivningsklare til et lavere omsorgs- og behandlingsnivå. Både avsendere og mottakere av utskrivningsklare pasienter omtaler "henvisninger" og "bestillinger" av spesifikke kommunale tiltak som må være på plass før pasienten kan utskrives. Slike bestillinger kan virke mot sin hensikt i prosessen mot praktisk samhandling og ansvarsdeling.

Resultatene fra kartleggingen viser at flere nevner tiltak som krever en periode med overlapping mellom avsender og mottaker i utskrivningsprosessen for denne gruppen av pasienter. Eksempler på slike tiltak er hospitering, utvidede tidsrammer for utskrivning, forpliktende avtaler om reinnleggelser, veiledning fra spesialisthelsetjenesten og avtaler for kompetanseoverføring. En slik overlapping innebærer at de to tjenestenivåene går over i hverandre og utvider rammene for utskrivningen. Dette vanskeliggjøres av dagens «silo-tenkning» og «silo-organisering» av helsevesenet. «Silo-organisering» kjennetegnes ifølge FOU-rapporten «Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og helsearbeid» ved vertikalt posisjonerte funksjonsområder med ulik spesialisering (KS FOU, 2016). «Silo-tenkningen» innenfor enhetene blir igjen styrket av styringsideologier hvor lojaliteten og belønningen ligger i den enkelte virksomhet. De ansatte kan kjenne på manglende kommunikasjon mellom enhetene, fragmentering, usynlige barrierer og lite kunnskap om hva de andre enhetene gjør. Noen mottakere nevner «silotenkning» som et problem som hindrer gode overføringsprosesser, og henviser også til ulik kultur og ulike rammer da de ulike delene av helsesektoren er underlagt ulike departement med hver sine tenkemåter. Flere kommuner peker i vår undersøkelse på «silotenkning» som et sentralt trekk ved den aktuelle utfordringen. Selv om begrepet ikke benyttes i svarene fra spesialisthelsetjenesten

er det likevel beskrivende for det de svarer. «Silo-tenkning» er også ofte kalt sektortenkning eller båstenkning. Utfordringer med å samarbeide om en utskrivningsklar pasient kan bli særlig merkbart i saker der pasienter har behov for en «horisontal tjeneste» som følger pasienten over tid og hvor det er behov for kontinuitet hva gjelder ansvaret for tjenestene.

Samarbeidsavtaler og etablerte prosedyrer mellom helseforetak og kommuner peker på prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling, slik at tjenestene skal utføres på best effektive omsorgsnivå, jfr. BEON-prinsippet (St. Meld. 47, 2008-2009) og ivaretas gjennom helhetlige pasientforløp utviklet i fellesskap (St. Meld. 7, 2019). Pasientforløp skal omfatte tydelig beskrivelse av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det viktigste i slike avtaler vil være at ingen av partene alene kan definere hva som er kommunens eller spesialisthelsetjenestens ansvar. Dette er et vesentlig prinsipp som må være gjeldende for samhandling. Videre er det vesentlig at aktuelle forskrifter og planverk er gjort kjent og benyttes på alle tjenestenivå. God ledelsesforankring synes da å være en nødvendig forutsetning.

Mangel på samarbeid og liten vilje til å invitere til dette fra enheten som ønsker å skrive ut en pasient blir av flere mottakeravdelinger og -kommuner beskrevet som en utfordring. Dette kan bidra til å skape en uvillighet i mottakeravdeling og/eller -kommune som bes om å ta imot en utskrivningsklar pasient. Noen av de sikkerhetspsykiatriske avdelingene oppgir at de opplever trenering fra kommunenes side. I det materialet vi har hatt tilgang til synes dette å kunne handle både om uvilje og ressursknapphet. Med utgangspunkt i svarene fra utvalget kan det også se ut som om det foreligger ulike forventninger til samarbeidet på de ulike nivåene i forbindelse med en utskrivningsprosess. Gjeldende lovbestemmelser, herunder også forskrifter og prosedyrer, faglige råd og anbefalinger, har ikke bidratt til å fremme samhandling i tilstrekkelig grad i og med at det er konstatert at manglende samhandling er et problem. IP blir i liten grad benytte av mottakerkommunene og- avdeling som planleggingsverktøy i forbindelse med utskrivning. Dette til tross for at denne gruppen som helhet er vurdert å ha et stort behov for sammensatte tjenester. IP er imidlertid pasientens plan, og pasient har rett til å ikke ta imot et tilbud om å utarbeide en IP. Når det skal anvendes lovgivning som styringsvirkemiddel på en effektiv måte er det behov for kunnskap om hvilke betingelser som må være oppfylt for at de ønskede virkninger skal oppnås. Det er liten tradisjon for å evaluere lovgivning og dermed vanskelig å finne systematisk underbygget kunnskap om i hvilke tilfeller lovgivning fungerer godt som styringsvirkemiddel innenfor de ulike samfunnsområdene (St. meld. 47, 2008-2009). Erfaringer med de reglene som pålegger samhandling viser at lovpålegg i seg selv ikke har vært et tilstrekkelig tiltak for å få til bedre samhandling innenfor helsetjenestene. Effektive samhandlingsarenaer synes også nødvendig.

En hypotese på mulige årsaker til mangelfull samhandling kan være at partene har ulik forståelse av hva som er formålet for tjenestene de ulike aktørene skal levere. Stortingsmelding 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste refererer til at det på flere tjenesteområder, herunder psykisk helse, rus og rehabilitering, i dag er uklart hva som forventes av kommunehelsetjenesten. I samme melding fremkommer det også et behov for å tydeliggjøre ansvars- og arbeidsdelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene. For pasienten er det en gjensidig avhengighet mellom de to tjenestenivåene, også der de er delvis overlappende og der pasienten i liten grad ser forskjellen på de to tjenestenivåene. Dette kan bidra til samhandlingsproblemer. Selv om det gjennom de siste årene har vært

jobbet med mange tiltak for å bedre samhandlingen mellom nivåene, viser tilbakemeldingene fra informanter både fra spesialisthelsetjenesten og kommuner at samhandlingen ofte er dårlig. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk. Samarbeidsrelasjonens betydning for effektivitet avhenger av at den felles oppgaven (yte helsehjelp) settes i sentrum for nettverket av tjenesteytere, og det påpekes at dette er en svært viktig lederoppgave (Gittel, 2018). Rapporten «Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid» (KS FOU, 2016) anbefaler det samme. Det må altså foreligge eller etableres en kultur for samhandling og kommunikasjon mellom avsender (utskrivende enhet) og mottakeravdeling og -kommune for ansvarsplassering for å få til godt samarbeid og god samhandling rundt utskrivelsesprosessene for denne pasientgruppen.

Selv om avtaler og planverk eksisterer blir de ikke alltid benyttet. Vi ba mottakende enheter gi eksempler på vellykkede utskrivningsprosesser. En vellykket prosess beskrives slik av en lokal sikkerhetspost: «*god dialog, vilje til å ta imot pasient, lage gode planer for utskrivning og håndtering sammen, gjerne hospitere på forhånd, oppfølging ambulant fra spesialisthelsetjenesten, veiledning, avlastningsopphold i (sikkerhets)avdelingen»*. Dette svaret oppsummerer flere av de tiltakene og verktøyene som er tilgjengelig i dag og viser hvordan samarbeid over tid, rolleforståelse med tanke på hjemler i lovverket og glidende overganger gjennom hele overføringsprosessen er viktig. Funnene peker på at kommunene er i behov at et mer forpliktende samarbeid enn hva tilfellet er i dag. Det er nødvendig at kommunene blir tidlig involvert og ved utskrivelse til kommunen må hvem som har ansvar for videre oppfølging av det tvungne vernet være avklart. Det bør også komme tydelig frem hvem som har ansvar for pasientens medikamentelle behandling, forordning av medikasjon og utleveringsregime, der sistnevnte ofte skjer i samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen. Det må etableres planer for systematisk oppfølging av behandlingen for pasienter som har tvangsvedtak og en systematisk oppfølging og vurdering av voldsrisiko i en kommunal kontekst.

Flere av informantene våre har vært opptatt av at det før utskrivning bør foreligge en grundig voldsrisikovurdering av pasienten, og at det med utgangspunkt i det som fremkommer i denne etableres en risikohåndteringsplan. Dette er hjelpeapparatets plan for håndtering av pasienten ved tilbakefall, for å sikre pasienten selv og andre, og slik ivareta samfunnsvernhensynet. Ulike helseforetak og institusjoner kan ha ulik holdning til det å utarbeide en plan som pasienten selv ikke er deltakende og/eller enig i. Der pasienten har innsikt i egen voldsproblematikk og hva som trigger denne bør vedkommende inviteres til å delta i planarbeidet, men pasienten kan ikke motsette seg at det etableres en slik plan om mottakeravdeling og/eller -kommune ønsker dette. Her kan hensynet til personale i en evt. bolig (forhindre personskader), materielle ødeleggelser (brann, vann, knusing av inventar), eller hensynet til pasientens pårørende og/eller offer/offerets pårørende der pasienten er dømt til tvungent psykisk helsevern være avgjørende. I vårt materiale etterlyses samarbeid om risikovurdering og -håndtering av flere av mottakeravdelingene og -kommunene, dette til tross for at det foreligger klare føringer på at dette bør gjøres og anbefalinger om hvordan det kan gjøres fra sentrale myndigheter (Helsedirektoratet, 2018).

Under opphold ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling gjennomføres det jevnlig systematiske risikovurderinger. I forbindelse med utskrivning bør denne oppdateres, noe som også er anbefalt i Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse

(Helsedirektoratet, 2018). Allerede under utarbeidelsen av denne bør mottakeravdelinger og -kommuner, inviteres til å delta. Det er vanlig å innhente opplysninger fra andre sykehus/helseforetak og fra politi/påtale, men ofte sitter mottakende enheter på annen informasjon enn de førstnevnte instansene. Dette kan være sosialrapporter fra ulike rusinstitusjoner/lavterskel botilbud, erfaringer fra tidligere boforhold i kommunens regi og/eller informasjon om hvordan pasienten samarbeider med kommunale instanser. Dette er forhold som kan resultere i det som beskrives som «negativ forkunnskap» hos mottakerkommunen slik sikkerhetspsykiatriske avdelinger oppfatter det, samtidig som denne informasjon er svært viktig å få fram både når det gjelder planlegging av aktuelle tilbud og tiltak fra kommunens side og i forhold til risikohåndtering etter utskriving.

Risikohåndteringsplanen bør utarbeides i samarbeid mellom avsender og mottakende enheter, og pasienten bør inviteres til å delta. Det samme gjelder for pårørende. Spesielt der kontakt mellom pårørende og pasient kan utgjøre en risiko for førstnevnte, bør deres holdning til aktuelle tiltak vektlegges, i tråd med Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2018). Det kan se ut som om mange av informantene våre ikke er klar over dette dokumentet, da det ikke synes å være implementert i helseforetak eller kommune. Funnen tyder videre på at de faglige rådene og andre plandokumenter og føringer i liten grad tas i bruk ved utskrivelser og overføringer. Det er viktig at eksisterende verktøy gjøres kjent, ledelsesforankres og benyttes. Det antas at det vil bedre samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene, og samtidig bidra til å bedre medvirkningen til pasientene og deres pårørende og der igjennom kunne øke deres livskvalitet.

De samlede funn fra denne kartleggingen viser hvilke behov kommunene har som må dekkes for at de – og mottakeravdelinger i spesialisthelsetjenesten skal kunne ivareta pasientgruppen. Dette med bakgrunn i at det er en økende utfordring at pasienter må vente (lenge) på utskrivning fra sikkerhetsavdeling etter at de er ferdig behandlet der. Årsakene til dette kan, som belyst i denne rapporten, knyttes til sammensatte utfordringer i utskrivelsesprosessen fra sikkerhetsavdeling gjennom alle tjenestenivå og helt til pasienten er etablert i et egnet bolig-, helse- og omsorgstilbud i kommunen. Det handler om avklaring og harmonisering av lovverk, økonomi (inkludert tilstrekkelig kapasitet og fagkompetanse), samt god samhandling og tydelig ansvarsfordeling mellom de ulike tjenestenivåene. Et viktig premiss for god ivaretakelse av pasientgruppen er videre hvordan man skal fremme økt livskvalitet og påse at deres rettssikkerhet ivaretas, samtidig med personalets og borgeres sikkerhet og øvrige samfunnsvernhensyn ivaretas.

Tiltak og anbefalinger

Funnene som foreligger viser et sammensatt utfordringsbilde knyttet til utskrivelsesprosesser for sikkerhetspsykiatriske pasienter. Basert på funnene i rapporten presenteres følgende tiltak og anbefalinger som er viktige for å bedre situasjonen til sikkerhetspsykiatriske pasienter og for å øke mulighetene for kommunal ivaretakelse av pasientgruppen:

Organisatoriske rammebetingelser

- Det anbefales å utrede en mer enhetlig organisering av sikkerhetspsykiatrien for å sikre et nødvendig og likeverdig tjenestetilbudet til pasientgruppen i hele landet.

- Det anbefales å utrede muligheten for en felles nasjonal prosedyre mellom helseforetak og kommunene for å sikre systematisk samhandling knyttet til utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter. Prosedyren bør inneholde forpliktende avtaler, klar ansvarsfordeling og mulighet for tidlig kontakt mellom tjenestene.

- Det anbefales at de enkelte helseforetak oppretter sykehusomfattende prosedyrer med en egen koordinator knyttet til utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter.

- Det anbefales å utrede nærmere behovet for ulike botilbud for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig voldsrisiko, og i hvilken grad disse vil ivareta pasientenes rettssikkerhet og samfunnsvernhensynet:
    - Offentlige «sikkerhetsboliger» regulert av psykisk helsevernloven i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
    - Organisasjonsmodell etter EVA der boligtjenestene er en samdrift mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.
    - Brukerorienterte tjenestemodeller som Flexbo og Housing first.

- Det anbefales å utrede nødvendigheten av en harmonisering av digitale system mellom ulike helseforetak, sektorer og tjenesteytere og et felles nasjonalt register for utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter.

Faglige rammebetingelser

- Det anbefales videre satsning på ambulante, oppsøkende team som ACT og FACT/Sikkerhets-FACT. Teamene må innrettes særlig mtp. å ivareta personer som kan utgjøre en sikkerhetsrisiko og samtidig hjelpe pasientene til å mestre en selvstendig bosituasjon. Dette for å øke livskvaliteten og ivaretakelsen av pasientene og deres rettssikkerhet.

- Det anbefales å utrede muligheter for hvordan sikre at allerede eksisterende forskrifter og retningslinjer knyttet til utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter ledelsesforankres, blir gjort kjent og tatt i bruk av alle involverte tjenesteytere.

- Det anbefales et felles kompetanseløft for alle tjenesteytere, der brukerorganisasjoner, pasienter og pårørende inkluderes, og eksisterende samhandlingsprosedyrer og retningslinjer blir gjort kjent. Dette vil skape en felles

arena der lovverk, alternativer til tvang og andre relevante tema for dette komplekse fagområdet kan drøftes.

- Det anbefales et felles kompetanseløft knyttet til risikovurdering- og håndtering.

- Det anbefales tiltak for å motvirke stigma i lokalsamfunnet, noe som er sentralt skal en lykkes med utskriving og integrering av en utskrivningsklar sikkerhetspsykiatrisk pasient. Åpne informasjonsmøter, mobilisering av brukermiljø og frivillighet kan være nyttige tiltak i så måte.

Juridiske rammebetingelser

- Det anbefales å utrede behovet for en «Forskrift om særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern». En slik forskrift ville som en «Lex specialis» kunne gå foran mer generelle forskrifter og kunne spesielt bidra til at arbeidsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste reguleres.

- Det anbefales utredet konkrete avklaringer der lovverk står i motsetningsforhold til hverandre og/eller gir grunnlag for ulike tolkninger. Dette for å sikre gode utskrivelsesprosesser og kommunal ivaretakelse av utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter. Det vil også kunne bedre pasientenes rettssikkerhet og samfunnsvernhensynet.
- Det anbefales å utrede muligheten for at kommunene gis et lovpålagt ansvar/medansvar for å ivareta samfunnsvernet for pasienter med voldsrisiko som ikke er i behov av- eller nyttiggjør seg døgnplass i spesialisthelsetjenesten.

Økonomiske rammebetingelser

- Det anbefales å utrede generelt bedre finansieringsordninger for å sikre individuell ivaretakelse av de mest ressurskrevende pasienter på sikkerhetsavdelinger i overgangen mellom alle tre tjenestenivåene. Slike ordninger må sikre etablering av tilstrekkelige og differensierte tjenestetilbud, uavhengig av geografi og størrelse på kommuner, sykehusavdelinger og DPS.

- Det anbefales å utrede en egen statlig finansieringsordning tilsvarende ordning for dom til tvungent omsorg/dom til forvaring. Dette spesielt med tanke på sikkerhetspsykiatriske utskrivningsklare pasienter med særlig lavt funksjonsnivå og fremtidig risiko for alvorlig vold. Disse ordningene må understøtte et helhetlig bolig-, helse-, og omsorgstilbud og fremme samtidighet i tjenesten.

- Det er to undergrupper av sikkerhetspsykiatriske pasienter som antas å være særlig ressurskrevende:
    - Pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern og samtidig utvisningsvedtak.

- Pasienter vurdert ferdigbehandlet i sikkerhetspsykiatrien, men ikke vurdert som utskrivningsklar.

Det anbefales å få en oversikt over antall, ressursbehov, og evt. juridiske hinder som vanskeliggjør utskrivning fra sykehus og kommunal ivaretakelse.

Prosjektets organisering

Oppdragsgiver /Prosjekteier

Martin Sjøly	Seniorrådgiver ved/Helsedirektoratet

Styringsgruppe

Liv Sjøvold/Randolf Vågen (styringsgruppeleder)	Divisjonssjef PH, St. Olavs Hospital
Martin Sjøly	Seniorrådgiver, Helsedirektoratet
Knut Rypdal	Forskningsleder KPS Bergen
Dagfinn Bjørgen	Leder KBT, brukerrepresentant
Carl Fredrik Haaland	Forskningsleder KPS Oslo
Bjørn Kristian Soknes	Førstestatsadvokat, Trøndelag
Anne Jensen	Spesialrådgiver Avdeling Helse og Velferd KS
Asbjørn Strømmen	Enhetsleder i Trondheim kommune

Prosjektgruppe

Antje D. Gross-Benberg (prosjektleder)	Seksjonssjef, avd. Brøset
Hilde Jorunn Kvamme (prosjektleder)	Psykologspesialist, RSA Brøset
Henriette Madsen Eriksen	Psykologspesialist, Lovisenberg DPS
Arild Carlsen/Erlend Thorup	Rådgiver PH, St. Olavs Hospital
Bodil Stenkløv	Prosjektkoordinator, KPS Brøset
Eirik Roos	Rådgiver, PhD, kommunedirektørens fagstab Trondheim kommune
Møyfrid Kjølsdal	Faglig rådgiver, NAPHA
Gretha Evensen	Faglig rådgiver, NAPHA
Lise Marøy-Amundal	Psykolog, RSA Brøset
Randi Rosenqvist	Spesialist i psykiatri, KPS Oslo
Ragnar Urheim	Psykologspesialist, RSA Sandviken
Tom Gunnar Vik	Spesialist i psykiatri, Sykehuset Telemark
Karen Aukrust	Spesialist i psykiatri, RSA Brøset

Faglig samarbeid og bidrag

Ismail Cuneyt Guzey	Førsteamanuensis, AFFU/St. Olavs Hospital
Øyvind Holst	Rådgiver/jurist, KPS Oslo
Erik Søndenaa	Førsteamanuensis, NTNU/KPS Brøset
Rolf Gjerstad	Forsker, KPS Bergen
Camilla Buch Gudde	Forsker, KPS Brøset
Hilde Dahl	Forsker PhD, KPS Brøset
Stål Bjørkly	Professor, KPS Oslo
Guro Øydgard	Førsteamanuensis, Nord Universitet
Tom Palmstierna	Professor, KPS Brøset

Maria Sigurjonsdottir, spesialist i psykiatri, RSA Dikemark OUS. Deltok i forberedende arbeid frem til våren 2019. Hun deltok ikke i skriving av rapporten.

Referanser

Blom, K., Bratholm, A. & Hjort, J. (1980): Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus. Oslo.

Bjørgen D., Storvold A., Norvoll R., Husum TL. (2014): Alternativer til tvang – Ressurshefte.

Borg M., Sjåfjell TL, Ogundipe E, Bjørlykhaug KI (2017): Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115

Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen forvaring (2004): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-03-05-481

Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg (2002): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1523

Gittel J.H. (2018): Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim. January 2018 · JONA The Journal of Nursing Administration 48(3):1

Grunnloven: Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn#KAPITTEL_6

Haaland, C. F. (2016): Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015. En statusundersøkelse. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Helsedirektoratet (2008): Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak. IS-1554. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. IS-2076. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017): Nasjonal veileder. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov [lesedato: 01.10.20]

Helsedirektoratet (2018): Nasjonale faglige råd. Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse [lesedato: 01.10.20]

Helsetilsynet (2007): Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport 8/2007. Oslo: Helsetilsynet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020): *Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport.*

Husby, R., Østberg B., Hartvig P. (2003): Får psykiatriske pasienter behandling på riktig omsorgsnivå? I: Tidsskrift for den norske legeforening nr. 9 s.1178-80

Isdal, P. (2000): Meningen med volden. Oslo: Kommuneforlaget.

Kilden, S. (2020): Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Kjelsberg, E. og Hartvig, P. (2005): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005. En statusrapport. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Kjelsberg, E. og Sandli, C. (2009): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008. Oslo: SIFER kompetansenettverk. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst.

KS FOU (2016): Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og helsearbeid. Sluttrapport. Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk helsevernloven

Lov om kommuner og fylkeskommuner (Kommuneloven): Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1992-09-25-107

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Lov om spesialisthelsetjenester (spesialisthelsetjenesteloven): Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25/*#KAPITTEL_2-1

Lov om gjennomføring av straff mv. (Straffegjennomføringsloven): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21

Lov om straff (Straffeloven): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven

Ly A, Latimer E (2015): Housing First impact on costs and associated cost offsets: A review of the litterature. The Canadian Journal of Psychiatry. 2015;60(11):475-87.

Mestre hele livet (2017): Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

NAPHA, KBT Midt-Norge (2017): Rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud – en nasjonal kartlegging (RIT-rapporten) Rapport nr. 1/2017.

Pettersen K.S., Rudningen G. (2014): Samspill eller svartespill? AFI-rapport 10/2014, KS FoU og AFI.

Robak O.H., Høye K., & Kjerschow A. (1980): Innstilling vedrørende omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende. Avgitt til Sosialdepartementet 27. mars 1980. Oslo: Sosialdepartementet.

Ruud T. (2014): Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? Evaluering av ACT-team. Sluttrapport. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Sigurjónsdóttir, M (2009a): Opptrappingsplanen for psykisk helse – idealer og realiteter. Kronikk i: Tidsskrift for den norske legeforening. Nr. 8 s. 764-6

Sigurjónsdóttir, M (2009b): Sikkerhetspsykiatrien trenger flere sengeplasser. Kronikk i: Tidsskrift for den norske legeforening. Nr. 8 s. 767-8

Ose S.O, Kaspersen S.L, Ådnanes, Lassemo E, Kalseth J (2018): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Rapport Sintef.

Ose S.O, Kaspersen S.L, Hilland G.H, Kalseth J, Ådnanes M. (2019): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Rapport Sintef.

Sood L, Owen A, Onyon R, Sharma A, Nigriello J, Markham D, et al. (2017): Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: an evaluation. BJPsych bulletin. 2017; 41 (4):192-6.

Soggiu A.S., Biong S. (2014): Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo. Forskningsrapport nr.10/2014. Oslo: Senter for psykisk helse og rus.

St. Meld. 07 (2019) Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St. Meld. 26 (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 15 S (2015–2016): Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 63 (1997–1998): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Steinsbekk A., Westerlund H., Bjørgen D. og Rise M.B. (2013): Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? I: Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol.50, Nr. 1, s. 2-5.

van Veldhuizen, R. (2013): FACT – flexible assertive community treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusbruk og psykisk lidelse. Sykehuset Innlandet HF: Flisa trykkeri.

Vedlegg

Vedlegg 1. Oppdragsdokument fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet

Returadresse: Helsedirektoratet, Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norge

Mottakers navn vil bli flettet inn ved ekspedering.
Evt. kontaktpersons navn vil også bli flettet inn her.
Postboks 404
2303 HAMAR

Deres ref.:	
Vår ref.:	15/791-9
Saksbehandler:	Martin Sjøly
Dato:	29.09.2016

Oppfølgingsoppdrag til Kompetansesenteret for sikkerhets -, fengsels og rettspsykiatri i Oslo, Oslo Universitetssykehus.

Utredning av utskrivningsklare pasienter innen lokale sikkerhetspsykiatriske avdelinger « Niva 2», til kommunen.

Helsedirektoratet mottok rapporten våren 2016 «Sikkerhetspsykiatrien i Norge 2015 – en statusundersøkelse». Med bakgrunn i rapporten ønsker Helsedirektoratet å gi Kompetansesenteret for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo i oppdrag å koordinere en oppfølgingskartlegging av de utskrivningsklare pasientene innen sikkerhetspsykiatriske avdelinger for alle helseregionene.

Primært gjelder dette kartlegging av pasienter i helseforetak/sykehus på lokalt sikkerhetspsykiatrisk nivå. Det vanligste forløpet inn og ut av regionale sikkerhetspsykiatriske avdelinger er via lokalt helseforetak, og at pasienter overføres fra regionalt til lokalt sikkerhetspsykiatrisk nivå (også kalt «nivå 2») når tilstanden tillater dette. Om det forekommer utskrivninger fra regionale sikkerhetsavdelinger direkte til kommunen, ønskes også disse pasientene inn i kartleggingen.

Helsedirektoratet ber om forslag til utforming av en kartlegging av de enkelte utskrivningsklare pasientene primært fra lokale sikkerhetsavdelinger til kommunen. Det blir viktig med et brukerperspektiv, sikkerhetsperspektiv og et kommuneperspektiv i kartleggingen, samt se på eventuell geografiske variasjoner.

Helsedirektoratet ønsker en kartlegging av antall pasienter, hvor lenge de har vært vurdert som klare for utskrivning, samt årsakene til at pasientene venter, både sett fra sikkerhetsavdelingens side og fra kommunens side. Kartlegging av samarbeidsprosesser rundt aktuelle pasienter, fra sikkerhetsavdeling, akuttpsykiatri, DPS til kommunen. Behovene i kommunen bør beskrives (bl.a. type bolig, bemanning, oppfølging fra kommune- og spesialisthelsetjenesten). Videre ønskes også at oppdraget inneholder konkrete anbefalinger for tiltak som kan gjennomføres for å øke mulighetene for kommunal ivaretakelse.

Helsedirektoratet har satt av 300.000 kr i midler for gjennomføring av en slik kartlegging. Kartleggingen og midlene må i hovedsak brukes i inneværende år. Prosjektbeskrivelse med løsning og gjennomføring av kartleggingen må være Helsedirektoratet i hende innen 15.10.16.

Kartleggingsrapporten må være levert Helsedirektoratet innen mai 2017.

Helsedirektoratet
Avdeling psykisk helsevern og rus
Martin Sjøly, tlf.: 24163195
Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Ta kontakt for ytterligere avklaringer.

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør

Martin Sjøly
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg 2. Følgeskriv og spørreskjema

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

Trondheim 05.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 1
Sikkerhetsavdelinger

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

***Godkjenninger**:*

Prosjektet har ***REK nr 2018/2431/REK***.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.
Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.
Du mottar dette spørreskjemaet fordi det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå.

Definisjoner:

En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

Kartleggingsdato:

På bakgrunn av hvor mange utskrivningsklare pasienter avdelingen oppgir å ha per ***kartleggingsdato*** ***31.12.2019*** vil avdelingen senere få tilsendt et nytt spørreskjema som faglig ansvarlig/behandler skal fylle ut på den enkelte utskrivningsklare pasient.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

Trondheim 05.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingskapasiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødig lenge på sikkerhetsavdeling.

Det bes om at leder besvarer spørreskjemaet i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar).

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no innen xxxx til bodil.stenklov@stolav.no, som tidligere avtalt med Hilde Jorunn Kvamme.

Dersom det er spørsmål vedrørende besvarelsen eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Lise Marøy-Amundal:	92205870	lise.maroy-amundal@stolav.no
Bodil Stenkløv:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

Spørreskjema 1

Til regionale og lokale sikkerhetsavdelinger

1. Utfyllers stilling:

_____

2. Utfyllers avdeling/enhet/seksjon (hele navnet)

_____

3. Hvor mange pasienter befinner seg på sikkerhetsavdeling som er vurdert utskrivningsklar ved kartleggingsdato?

   Dato: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Antall: ☐☐

4. Hvordan registreres utskrivningsklare pasienter?

   ☐ Journalsystem innen helsevesen (for eks. DIPS, EPJ)

   ☐ PAS (pasientadministrativt system)

   ☐ Ingen registrering

   ☐ Annet

5. Hvor mange pasienter ble utskrevet fra avdelingen i 2019? ☐☐

6. Hvor mange av disse ble utskrevet til:

Psykiatrisk sengepost	☐☐
Kommunal bemannet omsorgsbolig	☐☐
Egen kommunal bolig	☐☐
Egen privat bolig	☐☐
Hjem til pårørende	☐☐
Fengsel	☐☐
Barnevernsinstitusjon	☐☐
Asylmottak	☐☐
Annen institusjon	☐☐
Annet	☐☐

7. Vi ber om kontaktinformasjon til de stedene som har mottatt utskrevne pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling hos dere i 2019. Navn på avdeling, kommune, institusjon

_____

_____

forts neste side

7. forts.

8. Vi ber om kontaktinformasjon til de stedene som har fått henvendelse fra dere, men som ikke har tatt imot pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling hos dere i 2019.
Avdeling, kommune, institusjon

9. Har dere hatt problemer med å få utskrevet pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling siste 5 år?

☐ Nei

☐ Ja Hvis Ja, hva anser dere som hovedproblem? Beskriv

10. I hvilken grad vektlegges følgende for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

10. forts

d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

k) Samhandling med kommune (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

m) Gjennomført forvern
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

n) Mulighet til ettervern
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

o) Annet, beskriv: _____

_____

_____

10.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 10 for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l ☐ m ☐ n ☐ o

11 I hvilken grad vektlegges følgende for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

11. forts

e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

k) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

l) Gjennomført forvern
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

m) Annet, beskriv: _____

_____

_____

11.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 11 for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern (angi bokstav for kriterier som ovenfor)
☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l ☐ m

12 Vurder hvor ofte følgende faktorer forsinker utskrivelsen av pasienter som vurderes utskrivningsklar?

a) Stigmatisering/holdninger i samfunnet overfor pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

b) Tidligere voldsadferd (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

c) Tidligere drap (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

d) Negativ forkunnskap til pasienten hos mottaker (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

e) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

f) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

g) Pasienten har ingen rettigheter i Norge (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

Ressurser

h) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkommisjon/domstol (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

i) Manglende formalisert avtale mellom tjenestenivåene om ansvar og tiltak rundt pasienten
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

j) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd(bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

k) Uhensiktsmessig sammensetning av pasient-/beboergruppen hos mottaker (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

l) Mangel på sengeplass i psykisk helsevern/botilbud i kommunen (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

m) Begrenset økonomi hos mottaker med tanke på omfang av tjenester og kostnader
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

n) Utilstrekkelig statisk sikkerhet(for eks. kameraer/låsbare dører) (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

Samhandling

o) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkommisjon/domstol (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

p) Ingen avtale om reinnleggelse ved behov (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

q) Manglende avtale om ettervern (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

r) Uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og mottaker om hvorvidt pasienten på sikkerhetspsykiatriske avdeling er utskrivningsklar (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

s) Uenighet rundt risikovurderingen av pasienten på sikkerhetspsykiatriske avdeling
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

t) Utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll, aktivisering, struktur)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

u) Manglende hjemler i kommunalt lovverk til å ivareta pasienten (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

v) Annet,beskriv: _____

_____

_____

12.1 Nevn de 3 viktigste faktorene fra spm 12 for at en pasient på sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l

☐ m ☐ n ☐ o ☐ p ☐ q ☐ r ☐ s ☐ t ☐ u ☐ v

13. Hender det at dere likevel skriver ut pasienter selv om vesentlige kriterier for en utskrivelse mangler?

☐ Nei

☐ Ja Hvis Ja, hva anser dere som hovedproblem? Beskriv

_____

_____

_____

_____

14 I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av kommunen dersom de skal motta en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

k) Samarbeidsmøte med kommune (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

n) Egnet bopel (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

14. forts.

o) Tilstrekkelig ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

p) Tilstrekkelig statisk sikkerhet(for eks. kameraer, låsbare dører og lignende) (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

q) Gjennomført forvern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

r) Mulighet for ettervern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

s) Annet(beskriv):

_____

_____

_____

_____

14.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 14. I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av kommunen dersom de skal motta en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling? (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l

☐ m ☐ n ☐ o ☐ p ☐ q ☐ r ☐ s

15 I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern dersom de skal motta en sikkerhetspsykiatrisk pasient?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

k) Samarbeidsmøte med kommune (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

n) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

o) Tilstrekkelig statisk sikkerhet (for eks. kameraer, låsbare dører og lignende) (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

p) Gjennomført forvern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

q) Annet, beskriv:

_____

_____

_____

_____

15.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 15.

I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern dersom de skal motta en sikkerhetspsykiatrisk pasient? (angi bokstav for kriterier ovenfor)

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l

☐ m ☐ n ☐ o ☐ p ☐ q

16 Hva er viktig for å bedre utskrivelsesprosessen for en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Gjensidig forståelse mellom de ulike behandlings- og omsorgsnivå om pasientgruppen og juridiske bestemmelser (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

b) Forpliktende samarbeidsavtaler mellom sikkerhetspsykiatri og mottaker om samarbeid og oppfølging av pasienter (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

c) Mulighet for permanente boliger organisert innen spesialisthelsetjenesten med gjeldende lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet i kommunen
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

d) Bedre finansieringsordninger for bemannede boliger (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

e) Flere sengeplasser i lukkede sengeposter (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

f) Flere arbeidsplasser/vernet sysselsetting for en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

g) Egen finansieringsordning som følger pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern helt ut til kommunene (sett kryss under)

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

h) Annet, beskriv:

_____

_____

_____

_____

16.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 16 for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h

17 Har dere etablerte samarbeidsprosedyrer med mottakende enhet om overføring av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

☐ Nei

☐ Ja Hvis ja, beskriv: Hvilke samarbeidsrutiner/samarbeidsavtaler/prosedyrer?

_____

_____

_____

_____

I hvilken grad benyttes disse prosedyrene?

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

Hvis nei, beskriv; Hvordan det vanligvis opprettes kontakt med mottaker når en pasient skal skrives ut, og hvilket samarbeid som vanligvis etableres.

_____

_____

_____

_____

18 Tenk på en vellykket utskrivelsesprosess og mottakelse av en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for dette.

_____

_____

_____

_____

19 Tenk på en ikke vellykket utskrivelsesprosess og mottakelse av en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for dette.

20 Vurder om kommunene er i stand til å ivareta pasienter fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger, innenfor rammene av helse og omsorgstjenestelov en?

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

05.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 2 (leder)

Sikkerhetsavdelinger

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

***Godkjenninger**:*

Prosjektet har ***REK nr 2018/2431/REK***.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingskapasiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødig lenge på sikkerhetsavdeling.

Du har som leder i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar) i Spørreskjema 1 oppgitt at avdelingen per 31.12.19 har x utskrivningsklare pasienter.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

05.05.2020

1. ***Du får derfor tilsendt x spørreskjema som skal besvares av den faglig ansvarlige/behandler for hver enkelt aktuelle pasient som var utskrivningsklar per 31.12.2019***
2. ***Hvert spørreskjema har fått en kode hvor de tre første bokstavene identifiserer avdelingen og det siste tallet identifiserer den aktuelle utskrivningsklare pasienten (for eks. BRØ1, BRØ2, BRØ3).***
3. ***Vi ber om at du som leder fyller ut vedlagte kodenøkkel før du leverer spørreskjemaet/skjemaene til faglig ansvarlig/behandler til utfylling. Det skal ikke skrives pasientnavn/personnummer på spørreskjemaet.***
4. ***Leder skal lagre kodenøkkelen på sikker måte på avdelingen.***

Årsaken til bruk av kodenøkkel og lagring på avdeling er et ønske om følgeforskning i forhold til pasienterfaringer/brukermedvirkning fra vår oppdragsgiver (Helsedirektoratet).

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest xxxx

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenkløv:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

05.05.2020

KODENØKKEL
Til spørreskjema
Utskrivningsklare pasienter
(Kodenøkkel oppbevares på sikker måte hos leder ved avdelingen)

Pasientkode	*Pasientnavn og personnummer*	*Faglig ansvarlige/behandler*
VVBL-1		

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

06.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 2 (faglig ansvarlig/behandler)

Sikkerhetsavdelinger

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

***Godkjenninger**:*

Prosjektet har ***REK nr 2018/2431/REK***.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.
Det er et stort behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Definisjoner:

En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

Din leder har tidligere mottatt et spørreskjema for å kartlegge antall utskrivningsklare pasienter per 31.12.2019. Du mottar dette spørreskjemaet fordi du er/var faglig ansvarlig/behandler for en aktuell utskrivningsklar pasient per 31.12.2019 ved din avdeling.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

06.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

• Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.

• Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.

• Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingskapasiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødig lenge på sikkerhetsavdeling.

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest xxxx

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenkløv:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

Spørreskjema 2

Til regionale og lokale sikkerhetsavdelinger

1. Utfyllers stilling:

_____

2. Utfyllers avdeling/enhet/seksjon (hele navnet)

_____

3. Angi hvor lenge pasienten har vært innlagt etter at han ble vurdert som utskrivningsklar?

   Antall dager: ☐☐

4. Formalia etter psykisk helsevernlov pr i dag:

   ☐ § 3 i PHL ☐ § 5 i PHL ☐ § 2 i PHL

5. Planlegges pasienten utskrevet med samme formalia i psykisk helsevernloven som pasienten har pr i dag?

   ☐ Ja ☐ Nei

   Hvis nei, hvilke formalia skal pasienten videreføres med? _____

6. Anslått antall innleggelser i psykisk helsevern totalt (alle innleggelser alle år):

   ☐ 1 ☐ 2 - 5 ☐ Over 5

7. Diagnosekategorier pasienten fyller pr i dag

   ☐ Psykoselidelse
   ☐ Affektiv lidelse
   ☐ Psykisk utviklingshemming
   ☐ Traumelidelse
   ☐ Rus
   ☐ Organiske psykiske lidelser
   ☐ Utviklingsforstyrrelser
   ☐ Ikke ferdig utredet
   ☐ Personlighetsforstyrrelse
   ☐ Annet _____
   ☐ Alvorlig somatisk lidelse

8. Pasientens oppholdssted før siste innleggelse:

   ☐ Psykiatrisk sengepost
   ☐ Barnevernsinstitusjon
   ☐ Kommunal bemannet omsorgsbolig
   ☐ Rusinstitusjon
   ☐ Kommunal ubemannet bolig
   ☐ Asylmottak
   ☐ Egen privat bolig
   ☐ Uten fast bosted
   ☐ Fengsel
   ☐ Annet _____

9. Hva er pasientens inntektskilde pr i dag?

☐ Lønnet arbeid ☐ Uføretrygd ☐ Andre økonomiske ytelser ☐ Vet ikke

10. Vold i forkant av siste innleggelse

☐ Ingen voldsutøvelse
☐ Trusler
☐ Drap
☐ Seksualisert vold
☐ Annen fysisk vold
☐ Ildspåsettelse/brann
☐ Annen materiell vold
☐ Annet

11. Har volden skjedd under ruspåvirkning?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

12. Hadde pasienten tatt foreskrevne medisiner for psykiske lidelser når volden skjedde?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐ Mottok ikke medikamentell behandling

13. Voldshistorikk siste 6 måneder

☐ Ingen voldsutøvelse
☐ Trusler
☐ Drap
☐ Seksualisert vold
☐ Annen fysisk vold
☐ Ildspåsettelse/brann
☐ Annen materiell vold
☐ Annet

14. Er det gjort en oppdatert voldsrisikovurdering i forbindelse med utskriving av pasienten?

☐ Ja ☐ Nei

15. Hva er status i utskrivelsesprosessen for pasienten?

☐ Det er avtalt tidspunkt for utskrivelse
☐ Etablert samarbeid med mottaker
☐ Kontakt med mottaker, men mottaker har ikke vedkjent seg ansvaret for pasienten
☐ Pasienten har ingen sosiale rettigheter i Norge/ingen kommunetilhørighet
☐ Annet

16. Har dere hatt et samarbeid med påtalemyndighetene angående utskrivelse av pasienten?

17. I forbindelse med utskrivelsen, hvem er planlagt som mottaker for pasienten?

- ☐ Annen regional sikkerhetsavdeling
- ☐ Lokal sikkerhetsavdeling
- ☐ Forsterket psykiatrisk avdeling/akuttavdeling/lukket eller åpen avdeling på sykehusnivå
- ☐ DPS døgn
- ☐ DPS poliklinikk
- ☐ Kommunal bemannet omsorgsbolig
- ☐ Kommunal ubemannet bolig
- ☐ Egen privat bolig
- ☐ Hjem til pårørende
- ☐ Fengsel
- ☐ Barnevernsinstitusjon
- ☐ Rusinstitusjon
- ☐ Asylmottak
- ☐ Kommune; men pasienten har ingen rettigheter i Norge
- ☐ Uavklart

Hvis uavklart, beskriv hvorfor:

_____

_____

_____

_____

_____

19. Hvis utskrivning er planlagt direkte til kommune/bydel; skrives pasienten ut til en annen kommune/bydel enn ved innleggelse?

- ☐ Ja, beskriv hvorfor

_____

_____

_____

- ☐ Nei
- ☐ Uavklart

20. Vurder, hvilket behandlings-/omsorgsnivå pasienten har behov for ved utskrivning:

- ☐ Behov for innleggelse ved Regional sikkerhetsavdeling, annen region
- ☐ Behov for innleggelse ved Lokal sikkerhetsavdeling samme region
- ☐ Behov for innleggelse ved Lokal sikkerhetsavdeling annen region
- ☐ Behov for innleggelse ved forsterket psykiatrisk avdeling/akuttavdeling/lukket eller åpen avdeling på sykehusnivå samme region
- ☐ Behov for innleggelse ved forsterket psykiatrisk avdeling/akuttavdeling/lukket eller åpen avdeling avdeling på sykehusnivå annen region
- ☐ Pasienten er i behov av poliklinisk/ambulant oppfølging ved spesialisthelsetjeneste uten kommunale tjenester
- ☐ Pasienten er i behov av poliklinisk/ambulant oppfølging ved spesialisthelsetjenesten med kommunale tjenester
- ☐ Ikke i behov av videre spesialisthelsetjenester
- ☐ Ikke i behov av videre kommunale tjenster
- ☐ Annet (beskriv)

_____

_____

_____

_____

_____

21. Er pasienten informert om at han/hun er vurdert som utskrivningsklar?

☐ Ja ☐ Nei

22. Dersom pasienten er informert, er pasienten enig i at han/hun er utskrivningsklar?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

23. Er det opprettet kontakt med nærmeste pårørende angående pasientens status som utskrivningsklar?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Pasienten ønsker ikke at pårørende kontaktes
- ☐ Pasienten har ingen pårørende

24. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for at denne pasienten ikke er utskrevet til et lavere behandlingsnivå

_____

_____

_____

_____

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

06.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 3

Mottakende kommune

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

***Godkjenninger**:*

Prosjektet har ***REK nr 2018/2431/REK***.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Du har fått tilsendt dette spørreskjemaet fordi din kommune har mottatt henvendelse om å ta imot 1 eller flere pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå og kommune.

Definisjoner:

En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

06.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingskapasiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødig lenge på sikkerhetsavdeling

Det bes om at leder besvarer dette spørreskjemaet i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar).

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest xxxx

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenkløv:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

Spørreskjema 3

Til mottakende enhet - kommuner

1. Mottakende enhet, navn på kommune

_____

2. Utfyllers avdeling/enhet/seksjon (hele navnet)

_____

3. Hvor mange pasienter har dere mottatt fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling i 2019?

   Antall ☐☐

4. Har dere avslått henvendelser om å ta imot pasient(er) fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling i 2019?

   ☐ Ja Hvis ja, hvorfor ble ikke pasienten tatt imot?

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   ☐ Nei

5. Hvem beslutter om en pasient skal mottas hos dere? (flere kryss)

   ☐ Kommunelege/ bydelsoverlege/overlege
   ☐ Bydelsdirektør/avdelingsdirektør
   ☐ Enhetsleder/ avdelingsleder
   ☐ Inntaksteam
   ☐ Annet

   _____

   _____

Draft

6. Registreres henvendelser fra sikkerhetspsykaitrisk avdeling i eget system eller med egen koding?

☐ Ja Hvis ja, på hvilken måte?

_____

_____

☐ Nei

7. I hvilken grad vektlegges følgende kriterier ved mottak av pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

b) Pasientens evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

c) Pasientens respons på behandling generelt (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

d) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismespekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

k) Avtale om systematisk samarbeid med utskrivende enhet (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

n) Egnet bopel
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

o) Ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

p) Avtale med pasient om innskrenket frihet (for eks. kameraer, låsbare dører og lignende)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

q) Annet (beskriv):

_____

_____

_____

7.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 7 for mottak av sikkerhetspsykiatriske pasienter

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l

☐ m ☐ n ☐ o ☐ p ☐ q

8. Hvor ofte forsinker følgende faktorer mottagelse av pasienter som er vurdert utskrivningsklar?

a) Stigmatisering/holdninger i samfunnet overfor pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

b) Tidligere voldsadferd (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

c) Tidligere drap (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

d) Kjennskap til pasienten fra tidligere hos mottaker (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

f) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismespekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

g) Pasienten har ingen rettigheter i Norge (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

Ressurser

h) Manglende formalisert avtale mellom tjenestenivåene om ansvar og tiltak rundt pasienten
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

i) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd (personalressurs og kompetanse)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

j) Uhensiktsmessig sammensetning av pasient-/beboergruppen hos mottaker
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

k) Mangel på botilbud i kommunen (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

l) Begrenset økonomi hos mottaker med tanke på omfang av tjenester og kostnader
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

Samhandling

m) Manglende avtale med pasient om innskrenket frihet (for eks. kameraer, utgangsrestriksjoner, rus og lignende)

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

n) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkommisjon/domstol (sett kryss under)

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

o) Ingen avtale om reinnleggelse ved behov (sett kryss under)

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

p) Manglende samarbeidsavtale med utskrivende enhet (sett kryss under)

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

q) Uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og mottaker om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

r) Uenighet rundt risikovurderingen av pasienten (sett kryss under)

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

s) Utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll, aktivisering, struktur)

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

t) Manglende hjemler i kommunalt lovverk til å ivareta pasienten (sett kryss under)

☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

u) Annet (beskriv)

_____

_____

_____

8.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 8 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l

☐ m ☐ n ☐ o ☐ p ☐ q ☐ r ☐ s ☐ t ☐ u

9 Hva er viktig for å bedre utskrivelsesprosessen av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Gjensidig forståelse mellom de ulike behandlings- og omsorgsnivå om pasientgruppen og juridiske bestemmelser (sett kryss under)

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

b) Forpliktende samarbeidsavtaler mellom sikkerhetspsykiatri og mottaker om samarbeid og oppfølging av pasienter (sett kryss under)

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

c) Mulighet for permanente boliger organisert innen spesialisthelsetjenesten med gjeldende lovverk

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

d) Lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet i kommunen

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

e) Bedre finansieringsordninger for bemannede boliger (sett kryss under)

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

f) Flere sengeplasser i lukkede sengeposter (sett kryss under)

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

g) Flere arbeidsplasser tilpasset målgruppen (sett kryss under)

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

h) Egen finansieringsordning som følger pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern helt ut til kommunene (sett kryss under)

☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

i) Annet(beskriv):

_____

_____

_____

9.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 9 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i

10 Har dere særskilte prosedyrer vedrørende samarbeid om mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Hvis ja, beskriv; Hvilke samarbeidsrutiner/samarbeidsavtaler/prosedyrer?

_____

_____

_____

_____

_____

I hvilken grad benyttes disse rutinene? ☐ Sjelden ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Alltid

b) Hvis nei, beskriv; hvordan dere vanligvis kontaktes når en pasient skal skrives ut, og hvilket samarbeid som vanligvis etableres:

_____

_____

11 Vurder om kommunene er i stand til å ivareta pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling ved direkte utskrivning fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling, innenfor rammene av helse og omsorgstjenesteloven?

_____

_____

_____

12 Beskriv en vellykket overføringsprosess fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til din kommune. Hvilke faktorer var viktige?

13 Beskriv en ikke vellykket overføringsprosess fra sikkerhetsspsykiatrisk avdeling til din kommune. Hva var årsaken til at prosessen ikke lyktes?

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

06.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 4

Mottakende avdeling/enhet i psykisk helsevern

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

***Godkjenninger**:*
Prosjektet har ***REK nr 2018/2431/REK***.
DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Du har fått tilsendt dette spørreskjemaet fordi din avdeling/enhet har mottatt henvendelse om å ta imot 1 eller flere pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå og kommune.

Definisjoner:
En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Seksjon for forskning og poliklinikk
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SIFER

06.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingskapasiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødig lenge på sikkerhetsavdeling

Det bes om at leder besvarer dette spørreskjemaet i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar).

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest xxxx.

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenkløv:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

Spørreskjema 4

Til mottakende avdeling/enhet i psykisk helsevern

1. Mottakende instans, navn:

_____

2. Utfyllers avdeling/seksjon (hele navnet)

_____

3. Hvor mange pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling har dere mottatt i 2019?

   Antall: ☐☐

4. Har dere avslått henvendelser om å ta imot pasient(er) fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling i 2019?

   ☐ Ja Hvis ja, hvorfor ble pasienten ikke tatt imot?

   _____

   _____

   _____

   _____

   ☐ Nei

5. Hvem har beslutningsmyndighet til å avgjøre om en pasient skal mottas hos dere? (Flere kryss)

   ☐ Overlege/psykologspesialist

   ☐ Enhetsleder/ avdelingsleder

   ☐ Inntaksteam

   ☐ Annet _____

6. Blir det gjort en systematisk registrering av henvendelser fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling om utskrivelse av pasienter?

   ☐ Ja Hvis ja, på hvilken måte?

   _____

   _____

   _____

   ☐ Nei

7. I hvilken grad vektlegges følgende kriterier ved mottak av pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

b) Pasientens evne til å samarbeide om behandling (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

c) Pasientens respons på behandling generelt (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

d) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismespekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

k) Samarbeidsmøte med mottagende enhet (DPS/kommune) (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

n) Egnet bopel
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

o) Ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

p) Tilstrekkelig statisk sikkerhet (for eks. kameraer, låsbare dører og lignende)
☐ I svært liten grad ☐ I liten grad ☐ I varierende grad ☐ I stor grad ☐ I svært stor grad

q) Annet (beskriv): _____

_____

_____

7.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 7 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)
☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j
☐ k ☐ l ☐ m ☐ n ☐ o ☐ p ☐ q

8. Hvor ofte forsinker følgende faktorer mottagelse av pasienter som er vurdert utskrivningsklar?

a) Stigmatisering/holdninger i samfunnet overfor pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

b) Tidligere voldsadferd (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

c) Tidligere drap (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

d) Negativ forkunnskap til pasienten hos mottaker (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

f) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismespekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

g) Pasienten har ingen rettigheter i Norge (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

Ressurser

h) Manglende formalisert avtale mellom tjenestenivåene om ansvar og tiltak rundt pasienten
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

i) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd (personalressurs og kompetanse)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

j) Uhensiktsmessig sammensetning av pasient-/beboergruppen hos mottaker
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

k) Mangel på sengeplass i psykisk helsevern(sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

l) Begrenset økonomi hos mottaker med tanke på omfang av tjenester og kostnader
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

m) Utilstrekkelig statisk sikkerhet (eks. kameraer/låsbare dører) (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

Samhandling

n) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkommisjon/domstol (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

o) Ingen avtale om reinnleggelse ved behov (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

p) Manglende samarbeidsavtale med utskrivende enhet (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

q) Uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og mottaker om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

r) Uenighet rundt risikovurderingen av pasienten (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

s) Utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll, aktivisering, struktur)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

t) Manglende hjemler i kommunalt lovverk til å ivareta pasienten (sett kryss under)
☐ Svært sjeldent ☐ Sjeldent ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Svært ofte

u) Annet (beskriv)

_____

_____

8.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 8 for mottak av pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)
☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l
☐ m ☐ n ☐ o ☐ p ☐ q ☐ r ☐ s ☐ t ☐ u

9. Hva er viktig for å bedre utskrivelsesprosessen for pasienter fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger?

a) Gjensidig forståelse mellom de ulike behandlings- og omsorgsnivå om pasientgruppen og juridiske bestemmelser (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

b) Forpliktende samarbeidsavtaler mellom sikkerhetspsykiatri og mottaker om samarbeid og oppfølging av pasienter (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

c) Mulighet for permanente boliger organisert innen spesialisthelsetjenesten med gjeldende lovverk
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

d) Lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet i kommunen
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

e) Bedre finansieringsordninger for bemannede boliger (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

f) Flere sengeplasser i lukkede sengeposter (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

g) Flere arbeidsplasser tilpasset målgruppen (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

h) Egen finansieringsordning som følger pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern helt ut til kommunene (sett kryss under)
☐ Svært uviktig ☐ Uviktig ☐ Verken viktig/uviktig ☐ Viktig ☐ Svært viktig

i) Annet(beskriv):

_____

_____

9.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 9 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)
☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i

10 Har dere særskilte prosedyrer vedrørende samarbeid om mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Hvis ja, beskriv; Hvilke samarbeidsrutiner/samarbeidsavtaler/prosedyrer

I hvilken grad benyttes disse rutinene? ☐ Sjelden ☐ Av og til ☐ Ofte ☐ Alltid

b) Hvis nei, beskriv; hvordan dere vanligvis kontaktes når en pasient skal skrives ut, og hvilket samarbeid som vanligvis etableres:

11 Vurder om kommunene er i stand til å ivareta pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling ved direkte utskrivning fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling, innenfor rammene av helse og omsorgstjenesteloven??

12 Beskriv en vellykket overføringsprosess fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til din kommune. Hvilke faktorer var viktige?

13 Tenk på en ikke vellykket utskrivelsesprosess og mottakelse av en sikkerhetspsykiatrisk pasient. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for dette.

Vedlegg 3. Særuttalelse fra NAPHA og Trondheim kommune av 28.10.2020

Dissens til rapport «Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien –en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune».

Prosjektgruppens medlemmer fra NAPHA og Trondheim kommune støtter ikke følgende anbefaling under Juridiske rammebetingelser: «Det anbefales å utrede muligheten for at kommunene gis et lovpålagt ansvar/medansvar for å ivareta samfunnsvernet for pasienter med voldsrisiko som ikke er i behov av- eller nyttiggjør seg døgnplass i spesialisthelsetjenesten».

Begrunnelse:

Vår erfaring er at samhandlingspotensialet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om den aktuelle pasientgruppen ikke er fullt utnyttet, noe dataene i prosjektet også viser.

Tross tydelig lovverk, som Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 6, om samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak m.v. om utskrivningsklare pasienter og retningslinjer for hvordan dette kan gjøres, er ikke samarbeidsrutiner på plass.

Videre tilbys ikke denne gruppa pasienter i tilstrekkelig grad brukerorienterte tjenestemodeller som blant annet Housing First, eller ambulante tjenester, sammensatt på tvers av tjenestenivå, som ACT og FACT-team. Dette på tross av at det i nasjonale evalueringer er påvist effekt av tjenestemodellene på en rekke områder, som i antall oppholdsdøgn på tvang, og at modellene er anbefalt i relevante nasjonale faglige retningslinjer.

En utredning viser at det er befolkningsgrunnlag for 35 ACT-team i landet, mens vi har 7 team i drift. Når det gjelder FACT Forensic (sikkerhets FACT), er denne type team bare i startgropen her i landet.

Anbefalingen om å vurdere kommunalt ansvar/medansvar for samfunnsvernet prioriteres i rapporten likt med de anbefalingene som har til hensikt å få på plass allerede anbefalte eller lovpålagte samarbeidsstrukturer, rutiner og tjenestetilbud. Vi mener at tjenestene på begge nivå må iverksette og etterleve disse kravene, før endring av lovverk vurderes. Med en lik prioritering av anbefalingene frykter vi økt adgang til tvangsbruk, uten at vi har fått sett resultat av reell samhandling og virkningsfulle tjenestetilbud for denne gruppa.

Flere forhold taler i tillegg imot at kommunene skal få hjemmel til å bruke tvang overfor målgruppen:

1. Gruppen pasienter dette ville vært aktuelt for, er så liten at behovet for å benytte tvang vil være lavfrekvent i størstedelen av kommunene. Gjennomsnittlig innbyggertall i landets 356 kommuner er i underkant av 15 000 og mediankommunen er 5100. Kulturforskjeller og ulik tilgang til kompetanse vil føre til ulik terskel for bruk av tvang i kommunene, en variasjon som er en kjent årsaksfaktor for ulikhet i tvangsbruk mellom helseforetak og avdelinger innen spesialisthelsetjenesten. Det at en ikke har lyktes med innsatser for å redusere tvang i spesialisthelsetjenesten gir ikke gode vilkår for kommunene som verken har erfaring og tradisjon for tvangsbruk i behandling og oppfølging, eller robuste fagmiljø som kan bidra til god faglig kvalitet på denne behandlingen.

2. Tvangen vil måtte utøves i personens hjem, eller i tilknytning til hjemmet, noe som i seg selv er en etisk krevende øvelse. Utøvelse av tvang i hjemmet vil trolig oppleves som et større inngrep enn om det utøves i en institusjon.

3. På tross av at det er tenkt at adgang til bruk av tvang i utgangspunktet gjelder en liten gruppe mennesker, risikerer en at lovendringen kan føre til at tvang også blir brukt overfor tilstøtende grupper, hvor en kunne ha lyktes med alternativer til tvang. En lovendring kan

altså føre til rettighetsinngripende tiltak overfor en større gruppe enn opprinnelig tenkt. Geografiske variasjoner i bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Norge er godt dokumentert.