

Inger Lise Skog Hansen,
Tom E. Markussen og Ketil Bråthen

I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv



FoU-nummer 224030

Fafo-rapport
2023:06

Inger Lise Skog Hansen, Tom E. Markussen og Ketil Bråthen

I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv

Fafo-rapport 2023:06

Fafo-rapport 2023:06

© Fafo 2023

ISBN 978-82-324-0675-3

ISSN 2387-6859

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Psykisk helsevern, sikkerhetspsykiatri og samfunnsvern	12
Gangen i rapporten.....	14
2 Data og metode	16
2.1 Casestudie	16
2.2 Spørreundersøkelse.....	18
2.3 Kostnadsanalyse	19
3 Hvor mange mottar tjenester i kommunen	21
3.1 Utvikling i antall dømt og sivilrettslig vurdert til tvungent psykisk helsevern.....	21
3.2 Kartlegging av antall i målgruppen	23
3.3 Når er det ekstra krevende å gi gode tilbud	27
3.4 Oppsummering	28
4 Det kommunale bo- og tjenestetilbudet	30
4.1 Boligtilbud	30
4.2 De kommunale tjenestene for målgruppa	38
4.3 Kjøp av bo- og tjenestetilbud	42
4.4 Krav til kommunens bolig- og tjenestetilbud som følge av hensyn til samfunnsvern.....	44
4.5 Oppsummering	45
5 Tilnærming til voldsrisiko og voldsrisikohåndtering	46
5.1 Kompetanse på voldsrisikovurdering- og håndtering.....	46
5.2 Sikkerhetstiltak	51
5.3 Å ikke gjøre ting ordentlig, det er kjempedyrt!	53
5.4 Oppsummering	53
6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	55
6.1 Tilgang til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud	55
6.2 Utskrivelse fra spesialisthelsetjeneste til kommune	57
6.3 Vurdering av samtykkekompetanse.....	67
6.4 Brukere som ikke får den behandling de har behov for	69
6.5 Oppsummering	70
7 Kostnadsanalyse - kommunenes merkostnader som følge av voldsrisiko	73
7.1 Hva er de viktigste kostnadsdriverne?	73
7.2 Andre kostnaddrivere	75
7.3 Andre forhold som virker på kostnadene.....	76
7.4 Tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester	77
7.5 Fire idealtypiske kommuner som illustrerer merkostnadene som følge av voldsrisiko	77
7.6 Konklusjoner	82

8 I grenseland	85
8.1 Forslag til videre vurdering.....	88
Litteratur	93
Vedlegg 1 Intervjuguide casestudie	95
Vedlegg 2 Spørreundersøkelse kommuner	99

Forord

I denne rapporten presenteres resultatene fra prosjektet «Utfordringer med samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri fra et kommuneperspektiv». Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra KS, FOU-prosjekt 224030.

Prosjektet er gjennomført i perioden fra september 2022 til januar 2023. Fafo har utført prosjektet i samarbeid med Agenda Kaupang. Agenda Kaupang har vært ansvarlig for gjennomføring av kostnadsanalysen som er en del av prosjektet.

Vi vil takke alle informanter i de seks casekommunene som har delt sine erfaringer og vurderinger med oss. Takk også til alle respondenter i kommunene som har tatt seg tid til å besvare det som viste seg å bli et svært omfattende spørreskjema. Dere har alle bidratt til et rikt empirisk materiale som danner grunnlag for analysene og vurderingene som presenteres i rapporten. Vi håper dere synes rapporten belyser et område mange av dere mener det er behov for større oppmerksomhet om.

Informantene i casestudien bidro med et godt grunnlag for utforming av et relevant spørreskjema. Senere i prosessen var flere kommuner involvert i å kommentere og pilotere spørreskjemaet. En særlig takk til ansatte i Tromsø, Harstad, Namsos, Trondheim, Bergen, Stavanger, Vennesla, Drammen, Dovre, Rælingen, Bærum, Oslo og bydel St. Hanshaugen som på ulike tidspunkter i prosjektet har bidratt med verdifulle innspill til prosjektet, til utforming av spørreskjemaet og til analysene.

Vi har hatt tett kontakt med KS i prosjektperioden. Faglig ansvarlig for prosjektet i KS er Anne Gamme. Hun har bidratt til at vi har fått verdifulle tilbakemeldinger og innspill fra sentrale personer på området i kommunene mobilisert gjennom KS samarbeidsforum for de ti største kommunene. Denne gruppen har fungert som referansegruppe for prosjektet, og formidlet kontakt til personer som har kommentert utkast til spørreskjemaet og deltatt i pilotering.

Inger Lise Skog Hansen, Fafo, har vært prosjektleder og deltatt i alle deler av prosjektet. Tom E. Markussen, Agenda Kaupang, har deltatt i prosjektet og vært ansvarlig for gjennomføring av kostnadsanalysen. Ketil Bråthen, Fafo, har hatt ansvaret for gjennomføring av spørreundersøkelsen og har bidratt i analysene av data, fremstilling av figurer og tabeller. Rapporten er i hovedsak skrevet av Inger Lise Skog Hansen, mens Tom E Markussen har skrevet fremstillingen av kostnadsanalysen i kapittel 7.

Avslutningsvis vil vi takke forskningsleder Terje Olsen som har hatt ansvar for den interne kvalitetssikringen av rapporten og har som alltid bidratt med gode innspill og konstruktive spørsmål til fremstillinger, analyser og resultater. Jon Lahlum i Fafos informasjonsavdeling har hatt ansvar for ferdigstilling av rapporten med språkvask og innsats for å gjøre figurene og tabellene i rapporten mye bedre enn vi evnet å få til selv. Tross alle bidrag, forfatterne står alene ansvarlig for innholdet i rapporten, inkludert eventuelle feil og mangler.

Oslo, januar 2023
Inger Lise Skog Hansen

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene fra prosjektet «Utfordringer med samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri fra et kommuneperspektiv», gjennomført på oppdrag fra KS. Prosjektet har følgende overordnede problemstilling:

Hvordan vurderer kommunene utfordringene knyttet til ivaretagelse av behovene til personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer, og en vurdert sikkerhetsrisiko?

I rapporten drøftes kommunenes utfordringer med å gi forsvarlige tjenester til personer som skrives ut fra psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatrien for gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD), og hvor hensyn til samfunnsvern står sentralt. Målgruppen inkluderer både personer dømt og sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. I utlysningen av prosjektet hadde KS følgende fire problemstillinger:

- Hvor mange personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rus hvor samfunnsvern er en utfordring, har den enkelte kommune?
- Hvor i helse- og omsorgstjenestene vil det være hensiktsmessig at personene ivaretas?
- Hva er kostnadene for kommunene ved å ivareta brukere med voldsrisiko?
- Hva er kapasiteten i spesialisthelsetjenesten sett fra kommunenes ståsted for å gjøre vurderinger av voldsrisiko?

Det empiriske grunnlaget er innhentet gjennom casestudier i seks kommuner, og en spørreundersøkelse til et utvalg kommuner. Spørreundersøkelsen ble sent til 69 kommuner og 10 bydeler i Oslo. Det kom inn svar fra 34 kommuner og 8 bydeler, det vil si en svarprosent på 53. I rapporten oppgis kommuner og bydeler samlet som «kommuner».

I grenseland

Rapporten viser at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlig psykisk lidelser, ofte samtidige rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Ulike tjenesteområder i kommunen er involvert i oppfølging av målgruppa, og personene det er snakk om befinner seg ofte i et grenseland mellom kommunens tjenesteansvar og spesialisthelsetjenesten. Lov om psykisk helsevern gir spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse, og forvalter tvangshjemler på området. Kommunen har ansvar for bo- og tjenestetilbud forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men kommunale tjenester er basert på at innbyggerne frivillige ønsker å motta dem. Rapporten viser at kommuner og spesialisthelsetjenesten ofte kan ha ulike forståelser og vurderinger av pasienters behov, og begrenset kjennskap til hverandres kontekst og rammer. Det kan være krevende å agere i dette grenselandet, hvor det kan være uenighet både om pasientens situasjon og behov, hva som er et egnet og godt tilbud, og hvem som har ansvar for å gi nødvendige tjenester,

behandling og oppfølging. Begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern skaper press på utskrivning av pasienter og høyere terskel for innleggelse.

Antall i målgruppen

29 av 42 kommuner oppgir at de har personer i kategorien dømt til tvunget psykisk helsevern, 10 har ikke og 3 vet ikke. Ingen av de minste kommunene i utvalget har brukere i denne kategorien. 36 av kommunene oppgir at de har personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD, 4 har ikke og 1 vet ikke. Nesten alle i denne gruppen oppgis å ha samtidige rusproblemer. Kartleggingen viser at det kommunale utfordringsbildet når det gjelder ivaretagelse av personer med psykisk lidelse, rus og forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko er betydelig mer omfattende enn de to definerte kategoriene det er særlig oppmerksomhet i prosjektet.

Totalt oppgir kommunene i utvalget 134 personer dømt til tvunget psykisk helsevern og 368 med forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD. Kartleggingen gir ikke grunnlag for å gi konkrete tall på hvor mange i målgruppen kommunene følger opp. Det er stor variasjon mellom kommunene.

Kommunene oppgir at det er særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte problemer. Mange i målgruppen vurderes å ha samtidige rusproblemer. I tillegg er det brukere med samtidig lav kognitiv fungering, eller andre helserelaterte og sosiale problemer. Et særlig forhold er at det er flere brukere som ikke ønsker hjelp og unndrar seg tjenester og oppfølging.

Det kommunale bo- og tjenestetilbudet

Muligheten for å tilrettelegge for egnede bo- og tjenestetilbud kan påvirkes både av kommunestørrelse og av hvor utviklet tilbudet er i kommunen. Det er store variasjoner i bo- og tjenestetilbudet mellom kommunene. I mange kommuner er ordinære kommunale utleieboliger det som primært anvendes til målgruppen, mens andre også har samlokaliserte boliger og bofellesskap. Behovet for tett oppfølging er en driver for etablering av samlokaliserte boliger og bofellesskap. Mange oppgir å ha personale i døgnturnus i personalbaser tilknyttet bofellesskap eller samlokaliserte boliger. Mange har ambulante oppfølgingsteam innen psykisk helse og rus, tilgjengelig innenfor ordinær arbeidstid. Det etterlyses mer ressurser til tett oppfølging og tjenester som er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid. For en liten gruppe brukere vurderes det å være behov for botilbud med heldøgnbemanning. Mange etterlyser bedre tilgang til ambulante behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Ulike hensyn skaper utfordringer når det gjelder botilbud for målgruppen. Det handler om lokalisering, hensyn til naboer og lokalsamfunn, tilgang til personale og tilpasning av bygg for å ivareta hensyn til sikkerhet og å forebygge ødeleggelser.

28 av 42 kommuner kjøper plasser i private bo-, behandlings-, eller omsorgstilbud til brukere i målgruppen. 10 av 29 kommuner som har brukere dømt til tvunget psykisk helsevern kjøper eksterne plasser. Det er flere årsaker til dette, som at kommunen ikke kan følge opp spesialisthelsetjenestens beskrivelser av behov for boliger med heldøgnbemanning, tiltak for begrensninger i pasientens livsførsel, ruskontroll og overvåkning.

Voldsrisikovurdering- og håndtering

Det er variasjon i hvor stor oppmerksomhet det er om voldsrisikovurdering- og håndtering i kommunene. Det er utbredt med noen type tiltak, men det varierer i hvilken grad det er etablert systematiske tiltak for kompetanse hos ansatte i tjenestene. Det

er også svært varierende tilgang til voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten når personer i målgruppen meldes utskrivningsklar. Over halvparten erfarer at det ikke innhentes informasjon om brukerens fungering i bo- og nærmiljø ved gjennomføring av voldsrisikovurderinger.

De fleste kommunene sier at de foretar en eller annen form for strukturerte voldsrisikovurderinger, og det mest utbredte er ROS-analyser.

37 av 42, sier i spørreundersøkelsen at de har ansatte med kompetanse i voldsrisikohåndtering og møte med aggresjon og trusler. Halvparten av kommunene har ansatte med videreutdanning eller kurs i voldsrisikovurdering og håndtering.

Kommunene har i svært begrenset grad fysiske hjelpemidler eller statiske tiltak for å ivareta hensyn til sikkerhet for ansatte, brukere og nabolag. Det tiltaket flest kommuner har er alarmer for ansatte i bofellesskap eller andre typer av botilbud. Om lag halvparten av kommunene har dette.

Når det gjelder den spesifikke målgruppen for undersøkelsen, svarer 25 av 42 kommuner at de opplever god tilgang til bistand fra politiet under episoder med utagering og økt fare for vold.

Samarbeid spesialisthelsetjenesten

Behandlingstilbud, prioriteringer og praksis for samarbeid med kommunene varierer mellom ulike helseforetak.

De fleste kommuner har tilgang til noen former for ambulante behandlingstilbud, men det er variasjon i kapasitet og tilgjengelighet til disse tilbudene. 3 av 42 kommuner oppgir tilgang til spesialiserte behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk lidelse og sikkerhetsproblematikk.

Det er generelt stor variasjon i kommunenes erfaring med samarbeidet ved utskrivelse. Litt mer enn en tredel av kommunene i utvalget vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt ved utskrivelse av personer i målgruppa.

De fleste kommunene oppgir at de har vært uenige i spesialisthelsetjenestens vurdering av hvorvidt en pasient i målgruppa er utskrivningsklar. Uenigheten går primært på vurdering av pasientens funksjonsnivå. Det gjelder spørsmål om pasienten er ferdig behandlet og utskrivningsklar når det beskrives behov for heldøgntjenester, begrenning i tilgang til rus, utgangskontroll og andre tiltak som i praksis innebærer bruk av tvang.

Det er varierende praksis med gjennomføring av møter for planlegging av utskrivelse. 13 av 42 kommuner svarer at det alltid gjennomføres møter for å planlegge utskrivning av målgruppen, og like mange at dette skjer ofte.

28 av 42 kommuner oppgir at det er samarbeid om utvikling av planer før utskrivelse av målgruppa, mens 10 kommuner svarer at det ikke er det. Der hvor det er planer som fungerer fint som grunnlag for samarbeid, er det ofte gjennomarbeide planer, med konkrete beskrivelser og tydelig avklarte roller og ansvar.

Over halvparten av de kommunale respondentene oppgir at det er vanskelig å få tilgang til planlagte innleggelse dersom de vurderer forverring og behov for døgnbehandling hos personer i målgruppa. Det er bare seks kommuner som opplever at dette er lett. 18 av kommunene, oppgir at det i slike situasjoner er lett å få tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det 11 kommuner som opplever at også dette er vanskelig.

Undersøkelsen viser frustrasjon i kommunene over manglende inkludering av kommunal kontekst i spesialisthelsetjenestens vurdering av pasienters samtykkekompetanse. Det er få som erfarer at det blir tatt hensyn til brukers fungering i bo og nærmiljø ved vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med eventuelt vedtak

om iverksetting av tvunget psykisk helsevern. 7 av 42 kommuner opplever at ansvarlig i spesialisthelsetjenesten tar hensyn til dette. Det er flere som erfarer at det blir tatt hensyn til fare for brukers liv og helse ute i nærmiljøet og fare for andres liv og helse.

Nesten alle kommunene i utvalget oppgir at det er brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rusproblemer, og en vurdert voldsrisiko som ikke får den behandlingen de har behov for. Manglende kapasitet i døgnbehandling og manglende tilgang til ambulans behandling i kommunene oppgis som de viktigste årsakene til dette.

Kostnadsanalyse

Rapporten viser at kommunene har betydelige kostnader som følge av å ivareta hensyn til en forhøyet voldsrisiko og samfunnsvern. Behov for forsterket bemanning er den mest sentrale kostnadsdriveren. Det andre er kostnader for kjøp av tilbud når kommunen ikke kan etablere tilpassede bo- og tjenestetilbud. Et modellert, men realistisk eksempel viser nettoutgifter for kommunen på over tre millioner kroner per år for kjøp av plass med døgnbemanning for en person i målgruppen. Ved forutsetninger om høyere bemanning kan utgiftene bli langt høyere. Det er også kostnader knyttet til tilpasning av bygg, ulike sikkerhetstiltak og kompetanseheving. Sist er det betydelige administrasjonskostnader i forbindelse med planlegging, kontakt med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere.

Beregninger av kostnader for fire tenkte kommuner illustrerer betydelige kostnadsforskjeller. Kommunestørrelse og innretning av kommunalt bo- og tjenestetilbud kan påvirke kostnadsnivået. Tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten og tilgang til ambulante behandlingsteam er forhold som kan bidra til kostnadseffektive løsninger. Utvikling av kompetanse og egne tilbud i kommunene kan bidra til kvalitet i tilbud til brukerne og redusere behovet for å kjøpe dyre tilbud til enkeltbrukere.

De samfunnsøkonomiske kostnadene vil være betydelig høyere enn det vi har kartlagt i undersøkelsen. Det er blant annet betydelig ekstra ressursbruk for legevakt, politi, ambulanse og brannvesen.

Anbefalinger

I avslutningen av rapporten tas det opp en rekke forslag for å kunne tilrettelegge for bedre oppfølging av målgruppa og ivareta hensyn til samfunnsvern i kommunene. Forslagene gjelder faglig rammer for oppfølging av målgruppa og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det gjelder ordninger for finansiering av kommunal innsats på området. Det gjelder avklaring av det juridiske handlingsrommet og de ulike aktørenes ansvar. Sist gjelder det behov for utvikling av nye bo og behandlingstilbud for å imøtekomme målgruppens sammensatte behov på en bedre måte.

1 Innledning

De siste tiårene har kommunene fått et stadig større ansvar for bo- og tjenestetilbud til personer med omfattende helseproblemer, nedsatt funksjonsevne og kroniske lidelser. Dette gjelder også psykisk helse og rus. I norsk velferdspolitik er det en sentral målsetting at alle, så langt det er mulig, skal bo i egen bolig og få de tjenestene de har behov for der. I denne rapporten presenterer vi en undersøkelse av kommunenes innsats og erfaringer med å ivareta personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidig rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Det er særlig oppmerksomhet om personer som er dømt til tvunget psykisk helsevern eller sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern. Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra KS, og har overskriften Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv. Det vil si at oppmerksomheten rettes mot kommunenes ivaretagelse av bo- og tjenestebehov hos personer hvor spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern har et behandlingsansvar, og hvor samfunnsvern er en dimensjon det må tas hensyn til.

Temaet for rapporten har dessverre fått mye oppmerksomhet de siste årene som følge av noen alvorlige hendelser hvor gjerningspersonen har vist seg å ha alvorlig psykisk lidelse. Ofte har mediedebatten i ettertid viet stor oppmerksomhet til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud, psykiatrien, og kontrollregimer rundt pasienter med alvorlig psykisk lidelse og en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Det kommunale perspektivet på ivaretagelse av personer hvor det er en forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko har vært mindre belyst. Det har vært store strukturendringer innenfor spesialisthelsetjenestens innretning av behandlingstilbudet innenfor psykisk helsevern, blant annet med betydelig færre døgnplasser. Færre døgnplasser i psykisk helsevern er del av en politikk som vektlegger at flere skal kunne bo og få den behandling og oppfølging de har behov for, i egne hjem. Denne rapporten har et kommunalt perspektiv og prosjektet har følgende overordnede problemstilling:

Hvordan vurderer kommunene utfordringene knyttet til ivaretagelse av behovene til personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer, og en vurdert sikkerhetsrisiko?

I utlysningen av prosjektet hadde KS følgende fire problemstillinger:

- Hvor mange personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rus og der samfunnsvern er en utfordring, har den enkelte kommune?
- Hvor i helse- og omsorgstjenestene vil det være hensiktsmessig at personene ivaretas?
- Hva er kostnadene for kommunene ved å ivareta brukere med voldsrisiko?
- Hva er kapasiteten i spesialisthelsetjenesten sett fra kommunenes ståsted for å gjøre vurderinger av voldsrisiko?

I drøftelsene med KS rundt prosjektet har de lagt særlig vekt behovet for å få en kostnadsanalyse av kommunenes ivaretagelse av målgruppen. I tillegg ønsker KS en

belysning av kommunenes erfaringer med lovverket for ivaretagelse av målgruppens behov, og ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

For å belyse problemstillingen har vi gjort en tydelig avgrensning. Den gruppen vi primært ser nærmere på er personer med alvorlig psykisk lidelse dømt til tvunget psykisk helsevern og personer med alvorlig psykisk lidelse og en vurdert forhøyet voldsrisiko som er sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern. Vi er ute etter kommunenes erfaring så det vi ser på er gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD), og hvor hensyn til samfunnsvern er en dimensjon.

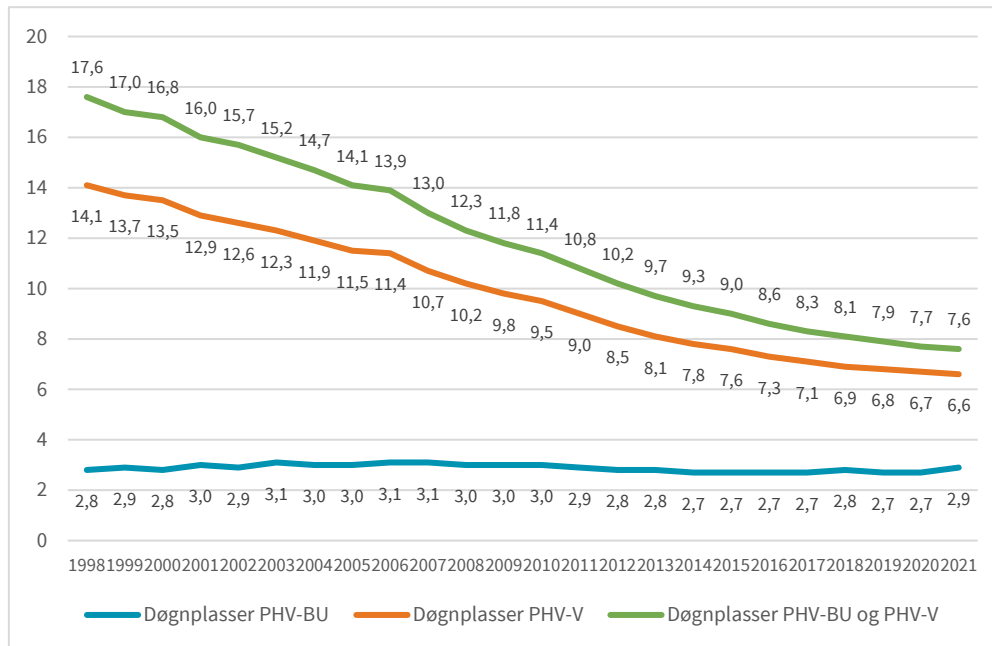
1.1 Bakgrunn

Alvorlig psykisk lidelse er ikke ensbetydende med økt voldsrisiko, og voldsrisiko er ikke statistisk. Forekomsten av vold blant personer med alvorlig psykisk lidelse kan være høyere enn i befolkningen forøvrig, men det er kjent at jo flere forhold man kontrollerer for jo mindre er forskjellen i voldsforekomst (Norsk psykologforening, 2018; Helsedirektoratet, 2018; Hansen & Bråthen, 2022, s. 128). Rusmiddelbruk har stor betydning, utvikling i den enkeltes helsesituasjon og situasjonen personen er i.

Fra slutten av 90 tallet har den sentrale utviklingen innenfor spesialisthelsetjenestens innretting av psykisk helsevern vært redusert døgnkapasitet i sykehus, desentralisering med utvikling av de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) og økt vektlegging av polikliniske tilbud (se blant annet Opptrappingsplanen for psykisk helse, St.prp. nr. 63 (1997-98)). Fra 2012 har Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) ytterligere forsterket disse trendene og forsterket det kommunale ansvaret innfor psykisk helsearbeid. Samhandlingsreformen inkluderer mål om kortere liggetid i sykehus og institusjon, tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, og innebærer økt kommunalt ansvar for bo- og tjenestetilbud til personer med alvorlige helseproblemer. Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6.1) forplikter kommunene til å ha samarbeidsavtale med regionale helseforetak eller helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, for å bidra til at pasienter og brukere mottar helhetlige helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformens intensjoner er også fulgt opp med innføring av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, og fra 2019 har denne ordningen også inkludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (se Forskrift for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter).

I tråd med de statlige føringene er antall døgnplasser innenfor psykisk helsevern redusert betydelig de siste tiårene (figur 1.1).

Figur 1.1 Døgnplasser i det psykiske helsevernet 1998–2021. Rate per 10 000 innbyggere i målgruppen (det vil si henholdsvis barn og unge (BU) under 18 år, og voksne (V) over 18 år, og samlet BU og V).



Kilde: Helsedirektoratet, 2022a: Samdata spesialisthelsetjenesten, døgnplasser i psykisk helsevern.

I figur 1.1 ser vi at det var en nedgang i døgnplasser innenfor psykisk helsevern for voksne fra 14,1 per 10 000 innbygger over 18 år i 1998 til 6,6 i 2021. I 2011, året før samhandlingsreformen trådte i kraft, var det 4194 døgnplasser for voksne, og i 2021 var det 3288 døgnplasser. Det vil si 906 færre døgnplasser for voksne innenfor psykisk helsevern i løpet av det siste tiåret (Helsedirektoratet, 2022a).

Kommunene har som følge av utviklingen, fått et omfattende ansvar for bolig og tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser, noen med samtidig rusproblemer, og en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er blitt et etablert tjenesteområde i kommunene (Øygard et al., 2020; Ose & Kaspersen, 2021; 2022). Dette gjelder også en omfattende boligsosial innsats (Hansen, 2021). Samtidig er det kjente utfordringer på området både når det gjelder bo- og tjenestetilbud, kompetanse og ressurser (Øygard et al., 2020; Hansen et al. 2021). Brukernes behov er sammensatt og en viktig dimensjon er samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og tilgangen til behandling i psykisk helsevern (Hansen et al., 2022).

1.2 Psykisk helsevern, sikkerhetspsykiatri og samfunnsvern

Psykisk helsevernloven gir spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning og behandling av personer med psykiske lidelser. Loven gir spesialisthelsetjenesten hjemler for mulig bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern. Som hovedregel skal helsehjelp bare gis etter pasientens samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 4). Formålet for loven om psykisk helsevern slår fast at det er et mål å forebygge og begrense tvang. Fra 2017 har fravær av samtykkekompetanse vært et vilkår for å kunne iverksette tvunget psykisk helsevern; tvungen observasjon, undersøkelse og behandling. Vilkåret kan fravikes ved nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse (psykisk helsevernloven §3.3., punkt 4). Mulighetene for bruk av tvangsmidler er

strengt regulert, og vurdering av kravet om manglende samtykkekompetanse skal følge gitte prosedyrer, begrunnes og dokumenteres skriftlig.

Sikkerhetspsykiatrien er den delen av psykisk helsevern som behandler pasienter med aggresjons- og/eller voldsproblematikk, eller i behov for spesielt personalintensiv behandling (Eriksen et al., 2020). De fleste sikkerhetspsykiatriske pasienter har psykoseproblematikk, mange i kombinasjon med rusmiddelproblemer. De fleste er underlagt tvunget psykisk helsevern og mange av dem etter dom om behandling (Eriksen et al.; Kvamme & Eriksen, 2022). Det har de siste årene vært en økning i antall personer dømt til tvunget psykisk helsevern. Når en pasient vurderes å ikke lenger ha behov for samme sikkerhetsnivå skal vedkommende overføres til lavere sikkerhetsnivå, annen døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten, eller til poliklinisk/ambulansetjeneste ute i kommunen.

Dom om overføring til tvunget psykisk helsevern er en strafferettslig særreaksjon, forankret i straffeloven kapittel 12, § 62. Intensjonen ved denne særreaksjonen er å forhindre ny alvorlig kriminalitet fra personer som ikke kan straffes grunnet strafferettslig utilregnelighet. Det vil si at det er personer med alvorlig psykisk lidelse, som har begått alvorlig kriminalitet og på tidspunktet var psykotisk eller hadde sterk bevissthetsforstyrrelse. Særreaksjonen skal være nødvendig for å verne samfunnet der faren for ny og alvorlig kriminalitet er nærliggende. Denne særreaksjonen er tidsbegrenset. Fra 2016 har det også vært inkludert dom til tidsbegrenset tvunget psykisk helsevern for personer som er strafferettslig utilregnelig og har begått gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art. Her er det lagt inn som vilkår at faren for nye lovbrudd av samme art er nærliggende og at andre tiltak har vist seg åpenbart uhenstsmessig. Denne formen for dom er begrenset til tre år.

Det er noe ulike regimer rundt gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon for de to formene av særreaksjonen. I psykisk helsevernloven § 5.3. står det at ved avgjørelse av hvordan det tvungne vernet skal gjennomføres skal det legges vekt på behandling av den domfelte og behovet for å beskytte samfunnet for nye lovbrudd. Dersom personen er dømt til tidsbegrenset tvunget psykisk helsevern skal det legges særlig vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse. I retningslinjene for dom til tvunget psykisk helsevern presenteres det at ved gjennomføring av tidsbegrenset dom til tvunget psykisk helsevern skal det legges særlig vekt på samfunnsvern, mens ved gjennomføring av tidsbegrenset dom skal det legges lik vekt på samfunnsvern og behandling.

Utskrivelse til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon

Når pasienter skrives ut fra døgnbehandling i psykisk helsevern til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon vil kommunen ha ansvar for bolig og tjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, men spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å ivareta videre behandlingsbehov. Dette gjelder både for personer dømt til tvunget psykisk helsevern og for personer sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, det vil si etter definerte prosedyrer av fagperson i psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gjøre voldsrisikovurderinger. For personer dømt til tvunget psykisk helsevern gjelder den beskrevne særlige vektlegging av hensyn til samfunnsvern. Som vist over har psykisk helsevern hjemler for forvaltning av tvangsmidler på dette området. Kommunen har ikke hjemler for tvangsbruk overfor personer med psykiske lidelser. Forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter slår fast i § 9 andre ledd at tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som «ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten» må være avsluttet før pasienten kan meldes utskrivningsklar. Som vi skal komme tilbake til i kapittel seks

er dette et område hvor det kan oppstå uenighet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det går på når en pasient er utskrivningsklar, og hvilket definert behov for bo- og tjenestetilbud spesialisthelsetjenesten kan forvente at kommunen imøtekommer. Etter en henvendelse fra Oslo kommune om en konkret sak gjeldende en person dømt til tvunget psykisk helsevern ble dette spørsmålet vurdert av Helsedirektoratet i fjor. I svaret til Oslo kommune presiserer direktoratet blant annet at

... dersom faglig ansvarlig/påtalemyndighet setter krav om at kommunen etablerer tjenester med omfattende kontrolltiltak som for eksempel fotfølging og andre kontroll- og overvåkningstiltak, er dette tiltak som kommunen mest sannsynlig ikke kan gjennomføre. Disse tiltakene kan kommunen således hverken pålegges eller forplikte seg til. Tilsvarende kan heller ikke pasienten samtykke til slike inngripende tiltak. Pasienten vil da mest sannsynlig ikke kunne anses som utskrivningsklar etter forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 (Helsedirektoratet, 2022b).

Grenseoppgangen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i ansvar og oppfølging av målgruppen for dette prosjektet er et gjennomgående tema i denne rapporten.

Voldsproblematikk i en kommunal sammenheng

I et kommunalt perspektiv kan voldsproblematikk ha flere dimensjoner. I et kommunalt utviklingsprosjekt om bosetting av personer med alvorlige psykiske helseproblemer, rus og en mulig voldsrisiko ble det identifisert en rekke ulike dimensjoner hvor voldsrisiko spiller inn i den kommunale sammenhengen (Hansen et al., 2022). Det handler dels om at den enkelte bruker selv i gitte situasjoner kan ha forhøyet risiko for å utøve vold overfor andre, men også om at bruker kan være sårbar for å bli utsatt for vold og overgrep fra andre. Voldsrisiko dreier seg derfor både om at ansatte skal håndtere en mulig voldsrisiko i arbeidshverdagen som kan ha konsekvenser for deres egen sikkerhet, og om å bidra til trygghet for bruker, for naboer og lokalsamfunn. Det er med andre ord både et spørsmål om den enkelte brukers sikkerhet, om ansattes sikkerhet og om beskyttelse av samfunnet forøvrig mot fare og vold.

I dette prosjektet var vi særlig oppmerksomme på personer dømt til tvunget psykisk helsevern og personer sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. Dette er grupper hvor spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon må være involvert og har et behandlingsansvar. I kommunal sammenheng vil det også kunne være andre brukere med omfattende psykiske helseproblemer og en vurdert forhøyet voldsrisiko. Det kan være personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse og en kjent forhøyet voldsrisiko hvor behandlingsrelasjonen til psykisk helsevern i utgangspunktet er avhengig av at de selv ønsker helsehjelp. Det er også personer som ikke er utredet for psykiske lidelser, eller de er utredet og psykiske helseproblemer og psykoser er vurderes rusutløste (se mer om dette i Hansen et al., 2022).

Gangen i rapporten

I rapporten vil vi først presentere den analytiske tilnærmingen for prosjektet og metodene som er anvendt for innhenting av det empiriske grunnlaget for resultatene og analysene vi legger frem. I kapittel tre ser vi nærmere på hvor mange brukere kommunene i undersøkelsen har med alvorlig psykisk lidelse og eventuelt samtidige rusproblemer, og en vurdert mulig voldsrisiko. Kapittel fire handler om det kommunale

bo- og tjenestetilbudet til målgruppen og kommunenes vurdering av utfordringene med å gi et egnet tilbud. Her presenteres hvilke botilbud kommunene anvender og om det er etablert særlige botilbud for målgruppen. Det belyses hvilke forhold som har betydning for hvilken bolig som blir tilbudt brukerne i målgruppen. Videre presenteres tjenester kommunen har, og hvilke bo- og tjenestetilbud de opplever de at de har behov for. Avslutningsvis i dette kapitlet viser vi hvor mange brukere kommunene kjøper tilbud til av private aktører. Kapittel fem handler om kommunenes erfaring med voldsrisikovurdering og -håndtering. Har kommunene kompetanse på voldsrisikovurderinger blant ansatte i rus- og psykiske helsetjenester. Har kommunene tilgang til voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten, og hvordan anvendes eventuelt disse i en kommunal sammenheng. Hvilke rutiner og tiltak har kommunene for håndtering av voldsrisiko. Sist, tar vi opp samarbeidet med politiet i oppfølging av målgruppa. I kapittel seks ser vi på samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Her belyses både tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten og tilgangen til for eksempel ambulante behandlingsteam innrettet mot målgruppen i kommunen. Det vises hvordan kommunene opplever at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer ved utskrivelse av pasienter i målgruppen for undersøkelsen og etter utskrivelse. Det presenteres resultater når det gjelder kommunenes erfaring med bruk av planverk, samarbeidsmøter, planlagte innleggelse og tilgang til råd og veiledning ved behov. I dette kapitlet ser vi også på kommunens erfaringer når det gjelder spesialisthelsetjenestens vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med eventuell iverksetting av tvungent psykisk helsevern.

I kapittel syv presenteres en kostnadsanalyse av kommunenes ekstrakostnader som følge av å måtte ivareta hensyn til en forhøyet volds- og sikkerhetsrisiko. Avslutningsvis presenteres en overordnet analyse av resultatene som er presentert og forslag til vurdering for å bidra til bedre sammenheng og kvalitet i oppfølgingen av personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte samtidig rusproblemer, og en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko.

2 Data og metode

Dette prosjektet har et kommunalt perspektiv. Det er kommunenes praksiser, innsats og utfordringer vi vil belyse når det gjelder å gi forsvarlige tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rusmiddelproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. Det er særlig oppmerksomhet om personer dømt eller sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, og utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD). Det er med andre ord kommunale perspektiver på oppfølging av brukere hvor samfunnsvern og samarbeid med (sikkerhets-)psykiatrien er en dimensjon. En viktig del av prosjektet innebærer å foreta en kostnadsanalyse av kommunenes ekstra ressursbruk som følge av å håndtere mulig voldsrisiko og hensyn til samfunnsvern.

Det empiriske grunnlaget for prosjektet er innhentet gjennom en casestudie i seks kommuner, og en spørreundersøkelse til et utvalg kommuner av ulik størrelse. Casestudien ble gjennomført primært som grunnlag for utvikling av spørsmål til spørreundersøkelsen.

Sikt – Personverntjenester, som er personvernombud for Fafo, har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernelverket.

2.1 Casestudie

Casestudien er gjennomført i seks kommuner. De ble valgt for å ha kommuner med ulik størrelse, og kommuner innenfor området til ulike regionale helseforetak. I tillegg ble det tatt hensyn til forslag fra KS til aktuelle kommuner å forespørre, og ønske om å inkludere kommuner hvor det er kjent at spesialisthelsetjenesten har utviklet særlige tiltak, dette gjelder særlig egne FACT sikkerhetsteam.

Henvendelsen om deltakelse i casestudien ble sendt til kommunaldirektør eller kommunalsjef innen helse og velferd, i ett tilfelle til enhetsleder psykisk helse og rus. Flere kommuner som ble forespurt valgte å ikke delta i casestudien. Rekrutteringsprosessen tok derfor noe lengre tid enn antatt. Det var særlig mindre distriktskommuner som meldte tilbake at de ikke hadde brukere i målgruppen for prosjektet, mens andre kommuner ikke hadde kapasitet eller ikke besvarte henvendelsene. Vi fikk tidlig i prosjektet tilbakemelding fra flere kommuner om at begrepet sikkerhetspsykiatri var fremmed for kommunene og kunne bidra til at de vegret seg fra å delta. Mange kommuner forholder seg lite til sikkerhetspsykiatriske enheter. På den andre siden var det mange tilbakemeldinger om viktigheten av prosjektet og av at problemstillingene i prosjektet ble belyst. De seks kommunene som valgte å delta har vært svært imøtekommande og delt sine erfaringer med oss.

Casekommunene fikk selv velge hvem de mente var relevante deltakere i intervju. De ble særlig spurt etter informanter på ledelsesnivå og økonomiansvarlige. I en kommune ble det gjennomført tre gruppeintervjuer, to fysiske og ett digitalt. I de øvrige kommunene ble det gjennomført digitale gruppeintervjuer via Teams. I alle kommunene har det vært informanter fra ledernivå innen psykisk helse og rusarbeid, ansatte i førstelinje, og økonomiansvarlige. I to av kommunene ble det gjennomført

ett gruppeintervju med ansatte på ledernivå og ett med ansatte i førstelinjen. I de øvrige valgte vi å ha ansatte på ledernivå og ansatte i førstelinjen i samme gruppeintervju. Dette var ikke uproblematisk. I noen tilfeller tok ansatte på ledernivå regi på intervjuet, og perspektivene til ansatte i førstelinjen ble noe mer dempet. I to av casekommunene gjennomførte vi supplerende intervjuer med nøkkelinformanter som ikke hadde anledning eller ikke var inkludert i gruppeintervjuene.

Det er til sammen gjennomført 11 intervjuer. Av dem 9 gruppeintervjuer. Til sammen har 34 informanter deltatt i casestudien.

I de fleste casene har Agenda Kaupang hatt kontakt med økonomiansvarlig i etterkant for å få ytterligere opplysninger om det kommunale kostnadsbildet.

Det er skrevet grundige referater fra alle intervjuer, og de er videre analysert ved hjelp av programmet Nvivo.

Intervjuene er gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide. Guiden var delt inn i temaer: Målgruppen og avgrensning av denne; Voldsrisikovurderinger; Bo- og tjenestetilbud; Kommunal håndtering av voldsrisiko; Samfunnsvern; Samarbeid med spesialisthelsetjenesten; Kommunale utfordringer og behov (Intervjuguiden er vedlagt).

Slik ble Casestudien presentert for casekommunene

Intensjonen med intervjuet er å få innsikt i deres erfaringer, praksis, utfordringer knyttet til å ivareta brukere med alvorlig psykisk lidelse, rus og en vurdert sikkerhetsrisiko. Vi ønsker å drøfte ivaretagelse av bo- og tjenestebehov hos målgruppen, eventuelle utfordringer i dette arbeidet, samarbeid med spesialisthelsetjeneste, politi, og ikke minst kommunens ressursbruk på dette området. Vi er særlig interessert i hvilke ekstra kostnader kommunen vurderer å ha som følge av å måtte ivareta særlige hensyn knyttet til alvorlige psykiske helseproblemer, rus og en vurdert sikkerhets-/voldsrisiko, men også eventuelle spesifikke utfordringer knyttet til å ivareta denne gruppen innenfor kommunens handlingsrom, og grenseoppgangen til psykisk helsevern.

Casestudien skal inngå i grunnlaget for utvikling av en spørreundersøkelse til et større utvalg kommuner for å kartlegge omgang av brukere i målgruppen, og utfordringsbilde når det gjelder sikkerhetspsykiatri fra et kommunalt perspektiv. Vi vil i intervjuet med dere derfor gjerne drøfte hensiktsmessige måter å avgrense målgruppen. Hvordan kan vi avgrense og operasjonalisere målgruppen slik at vi får en oversikt over brukere i kommunene hvor det er en vurdert sikkerhetsrisiko og behov for oppmerksomhet om å ivareta hensyn til samfunnsvern. Vi er opptatt av å få en oversikt over gruppen hvor det er en grenseoppgang mot sikkerhetspsykiatrien, og psykisk helsevern generelt. Hensyn til ivaretagelse av samfunnsvern er en sentral dimensjon. Spørreundersøkelsen skal blant annet gi data for en kostnadsanalyse av kommunenes ressursbruk overfor denne målgruppen, og vi er derfor interessert i å drøfte hvilke type regnskapstall og tall på ressursbruk som kan bidra til å belyse den kommunale ekstra ressursinnsatsen på området.

I resten av rapporten henviser vi ikke til enkeltkommuner. Flere av casekommunene tok opp at målgruppen for prosjektet er sårbar, at de opplever stigmatisering og at det ofte kan være lett å kjenne igjen brukerne lokalt. I casestudien var det ikke lagt opp til å spørre om enkeltbrukere og helseopplysninger for enkeltbrukere, men samtidig er problemstillingen slik at det ble gitt flere eksempler på situasjoner og hendelser for å beskrive det kommunale utfordringsbildet. For mange informanter, særlig de som jobber tett på brukerne, kunne det være vanskelig å snakke om voldsrisiko. Jo mer brukernært ansatte jobber jo mer relasjonell er deres forhold til brukerne. De

kjenner dem godt, deres helseproblemer, ressurser og utfordringer. Voldsrisiko er ofte situasjonsbetinget, mange var opptatt av å unngå en fremstilling som stigmatiserer brukerne mer enn de allerede erfarer å være.

2.2 Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse til et utvalg bestående av 79 norske kommuner inkludert 10 bydeler i Oslo. Undersøkelsen ble sendt ut i slutten av november 2022 og avsluttet mandag 12. desember.

I samarbeid med oppdragsgiver ble det besluttet å ikke gjennomføre en undersøkelse til alle norske kommuner, men velge et utvalg. Årsaken er todelt. For det første antok vi at det ville være nødvendig å forsøke å etablere relevante personadresser i kommunene og følge opp undersøkelsen for å øke sannsynligheten for å få svar. For det andre inkluderer spørreskjemaet flere muligheter for åpne tilbakemeldinger, som gjør at det krever tid å gå igjennom dem. Spørreskjemaet er utviklet med bakgrunn i kjennskap til temaområdet fra casestudien. I casestudien har vi blant annet tatt opp med informantene hvilke kategorier av brukere som er relevant å inkludere, erfaringer når det gjelder å ivareta personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rusmiddelproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. Spørreundersøkelsen har primært vært avgrenset til gruppen 1) personer dømt til tvunget psykisk helsevern, og utskrevet til gjennomføring av tvunget vern utenfor døgninstitusjon i kommunene, og 2) personer sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern og utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD). Vi har hentet mye informasjon om hvordan kommunene ivaretar hensyn til voldsrisiko, det kommunale utfordringsbildet, samarbeid med spesialisthelsetjeneste, og vurderte ekstra kostnader som følge av å ivareta hensyn til voldsrisiko og samfunnsvern. Dette har blitt lagt til grunn i utvikling av spørreskjemaet.

Spørreskjemaet har vært drøftet med en referansegruppe for prosjektet etablert av KS ut fra samarbeidsforumet K10. Dette er et nettverk i regi av KS for de ti største kommunene. Personer med ansvar innenfor området helse, velferd, psykisk helse og rus fikk tilsendt et notat om tema for spørreundersøkelsen, avgrensning av målgruppa og konkrete forslag til spørsmål for å kartlegge kostnader. Dette var grunnlag for et digitalt møte med denne gruppen 1. november. På dette møtet ble de deltagende kommunene invitert til å delta i en pilotering av spørreskjemaet. I tillegg ble en bydel i Oslo inkludert i piloteringen. 6 kommuner/bydeler har kommentert og prøvd ut det digitale skjemaet for å sikre at spørsmålene er relevante og forståelige.

Vi har ikke hatt tilgang til adresselister til alle kommuner, og derfor etablert en liste med e-postadresser til kommunaldirektører / ledere for helse- og velferd, eventuelt psykisk helse og rus ut fra tilgjengelig informasjon på kommunenes hjemmesider eller kjennskap til ledere for storbykommuner fra KS. For kommunene hvor dette ikke er oppgitt på hjemmesidene har vi benyttet postmottakadresser.

Utvelgelsen av kommuner til undersøkelsen har basert seg på flere kriterier: kommunestørrelse, geografi og helseregion. Alle de 25 største kommunene ble inkludert i utvalget, ut fra kjennskap til at størrelse øker sannsynligheten for å ha erfaring med å gi bo- og tjenestetilbud til personer som er underlagt dom til tvunget psykisk helsevern. I Oslo ble 10 bydeler inkludert. I presentasjon av materialet presenteres bydelene som kommuner.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved bruk av det nettbaserte surveyverktøyet QuenchTec. Spørreundersøkelsen inneholdt en rekke spørsmål knyttet til målgruppen for dette prosjektet. Spørsmålene var både av kartleggende og vurderende art.

Det var videre en kombinasjon av spørsmål med faste svaralternativer og som nevnte flere åpne spørsmål der respondentene selv kunne skrive inn utfyllende svar. Spørreskjemaet ligger som vedlegg til denne rapporten.

Invitasjonen til spørreundersøkelsen ble formidlet via epost til de 79 utvalgte kommunene. Etter utsending og tre påminnelser hadde vi fått inn 43 svar. Da hadde undersøkelsen vært ute i om lag to uker. En kommune har svart at de ikke ønsker å delta i undersøkelsen. Antall reelle svar på undersøkelsen er derfor 42. Dette gir en svarprosent på 53. Dette vurderes å være adekvat, gitt måten spørreundersøkelsen ble distribuert på. Vi hadde trolig oppnådd høyere svarprosent dersom vi satt på et komplett arkiv av personlige epostadresser til relevante kontaktpersoner i kommunene.

I tabell 2.1. viser vi utvalg og antall svar fordelt på kommunestørrelse. Tabellen viser at om lag halvparten av kommunene i hver størrelseskategori svart. Av de 10 bydelene i Oslo har 8 svart på undersøkelsen. De ligger i fremstillingen fordelt i kategorien 11 000-29 999 og 30 000-74 999.

Tabell 2.1. Utvalg og svarprosent etter kommunestørrelse. Absolutte tall.

	Kommunestørrelse					Alle
	Mindre enn-4999	5000-10 999	11 000-29 999	30 000-74 999	Mer enn 75 000	
I utvalget	10	13	16	27	12	79
Svar	5	5	8	17	7	42
Svarprosent						53

Tabell 2.2. Utvalg og svar etter helseregion. Absolutte tall.

Helseregion	I utvalget	Svar
Helse Nord	17	8
Helse Midt	8	3
Helse Vest	12	8
Helse Sør Øst	42	23
Total	79	42

Undersøkelsen kan ikke betegnes som en representativ undersøkelse blant norske kommuner. Representativitet var heller ikke målet. Gjennom denne studien har vi også gjennomført seks omfattende casestudier med kvalitative intervjuer av ansatte i kommunen så vel som dokumentanalyse og analyse av kostnader. Formålet med spørreundersøkelsen var derfor å samle svar på noen utvalgte spørsmål blant et større utvalg av kommuner. Spørreundersøkelsen er derfor mer å anse som en temperaturmåling på utvalgte temaer vi identifiserte som særlig sentrale i de innledende casestudiene.

Som følge av at antallet svar er forholdvis lavt har vi i tabellene og figurene i denne rapporten valgt å ikke prosenttuere tallene, men opererer med absolutte tall.

2.3 Kostnadsanalyse

Intervjuene, casestudien og spørreundersøkelsen er våre primære kilder til data for kostnadsanalysene som presenteres i kapittel 7. Casestudien har gitt en bedre forståelse av det kommunale kostnadsbildet, kostnadsdriverne og eksempler på tall og

kvantifiseringer av ressursbruk som følge av hensyn til forhøyet voldsrisiko. I alle intervjuene i casestudien ble det stilt spørsmål om kommunens ekstrakostnader som følger av voldsrisiko og behovet for samfunnsvern. Tre av casekommunene sendte oss ytterligere eksempler på kostnadsanslag i etterkant av intervjuene. Spørreundersøkelsen ga ytterligere innsikt og bedre grunnlag for å tallfeste sentrale kostnadsdrivere i kommunene. For alle spørsmålene som dreide seg om kommunenes kostnader, var det åpne svarfelt der kommunene fikk mulighet til å komme med både konkrete kostnadsanslag og utdypende vurderinger omkring kostnadsnivå og kostnadsdrivere.

Vi har benyttet en enkel Excel-modell for beregning av nettokostnader ved kjøp av private plasser til brukere i målgruppen for undersøkelsen. Modellen er basert på erfaringstall fra en casekommune og ble satt opp og ettersendt til oss i etterkant av intervjuet med kommunen.

Som et metodisk grep har vi i kostnadsanalysen også satt opp fire såkalte idealtypiske kommuner for å illustrere kommunes merkostnader som følge av voldsrisiko. En idealtypisk kommune er en konstruksjon der typiske egenskaper ved kommunen trekkes frem, og der vi med grunnlag i faktiske data og empiri kan se på hvordan kommunenes kostnader varierer langs ulike dimensjoner. Bruk av idealtyper gir et mer oversiktlig sammenligningsgrunnlag med klare og karakteristiske trekk. Det er imidlertid viktig å understreke at dette er tenkte eksempelkommuner som gir noen anslag på utgifter, og som ikke gir det fulle bildet med hensyn til kommunenes kostnader.

3 Hvor mange mottar tjenester i kommunen

Hvor mange personer med alvorlig psykisk lidelse og eventuelt samtidig rusproblemer, hvor voldsrisiko og samfunnsvern er en utfordring, har den enkelte kommune? Dette er problemstillingen vi belyser i dette kapitlet. De seks kommunene i casestudien har erfaring med en sammensatt gruppe av brukere hvor det er en vurdert voldsrisiko det må tas hensyn til. To av casekommunene hadde ikke bosatt noen brukere dømt til tvunget psykisk helsevern på intervju tidspunktet, men alle kommunene hadde erfaring med å være i dialog med spesialisthelsetjenesten om brukere dømt til tvunget psykisk helsevern og mulig bosetting i kommunen. Det samme gjaldt brukere med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD).

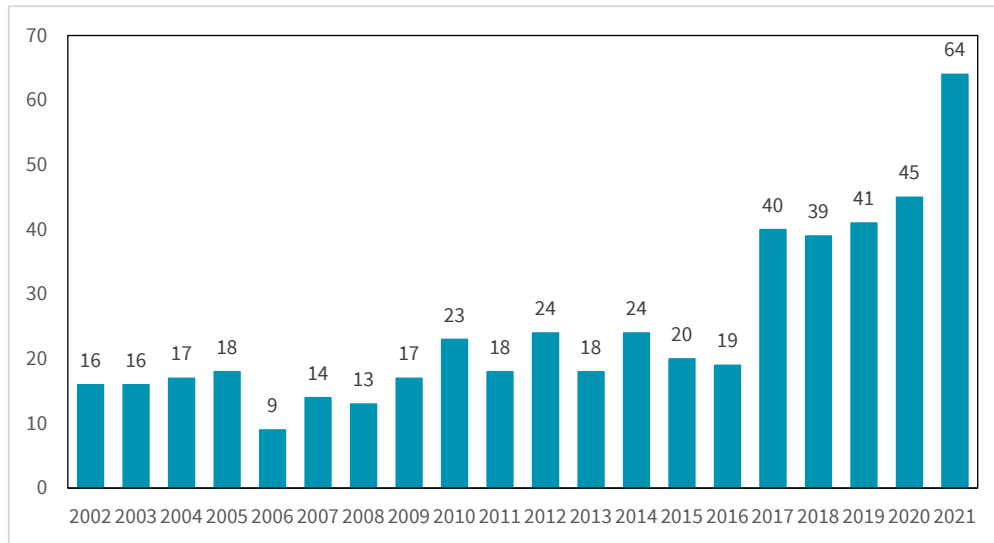
Casestudien viste også at i tillegg til disse to definerte gruppene ble det vurdert som viktig å ha oppmerksomhet om personer med en kjent voldsrisiko som var diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse og personer som ikke hadde en diagnose, men alvorlige psykisk helseproblemer. Dette dannet grunnlaget for kartleggingen som senere ble foretatt i spørreundersøkelsen til kommunene. Først i dette kapitlet vil vi presentere tilgjengelig statistikk for antall i målgruppa, før vi går nærmere inn på resultatene fra vår kartlegging. Vi presenterer ikke nøyaktig antall personer i de gitte kategoriene, men estimerer gitt av kommunene som har deltatt i spørreundersøkelsen. Avslutningsvis vil vi også presentere kommunenes vurdering av hvem det er særlig krevende å gi et godt tjenestetilbud til.

3.1 Utvikling i antall dømt og sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern (2022) har laget en gjennomgang av særreaksjonen dom til tvunget psykisk helsevern de siste 20 årene. Her oppgir de at det i 2021 var 64 personer som ble dømt til tvunget psykisk helsevern¹. Det har vært en betydelig økning antall dommer de siste årene.

¹ Tall for 2022 foreligger ikke tilgjengelig pr. januar 2023.

Figur 3.1 Antall nye dommer til tvunget psykisk helsevern per år 2002–2021. (n = 495)



Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, 2022.

I 2021 var det 22 opphør av dommer, og per 31.12.2021 var det ifølge denne oversikten 315 personer under gjennomføring av dom. 289 hadde en tidsbestemt dom, og 26 en tidsbestemt. I denne oversikten oppgis det at om lag en tredjedel av de domfelte til særreaksjon tvunget psykisk helsevern er utskrevet til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon. Denne rapporten gir ingen oversikt over konkret fordeling på personer som gjennomfører dom i døgninstitusjon og utenfor døgninstitusjon, men dette er inkludert i årsrapporten for 2021 (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, 2022). I tabell 3.1. viser vi antall i 2021 fordelt på de ulike helseregionene og etter hvorvidt de gjennomfører det tvungne vernet i døgninstitusjon eller uten døgnopphold ute i kommunene.

Tabell 3.1 Antall personer dømt til tvunget psykisk helsevern, fordelt på helseregion, og etter gjennomføring av tvunget vern i eller utenfor døgninstitusjon.

Regionalt helseforetak	Med døgnopphold	Uten døgnopphold	Alle
Helse Nord	21	2	23
Helse Midt-Norge	23	14	37
Helse Vest	40	21	61
Helse Sør-Øst	122	73	195
Totalt	206	110	316

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, årsmelding 2021. Tall per 31.12.2021. I meldingen tar de forbehold om at de faglige ansvarlige har orientert koordineringsenheten med korrekte opplysninger. Oversikt over med/uten døgnopphold endres kontinuerlig. Vi har lagt sammen tidsbestemt og tidsubestemt dom i tabellen.

Vi ser at det er flest dømte til tvunget psykisk helsevern i Helse Sør-Øst, men også at det er der man har den høyeste andelen som er utskrevet til TUD. Det er færrest som er utskrevet til gjennomføring av tvunget vern utenfor døgninstitusjon i Helse Nord. Det må bemerkes at disse tallene endres kontinuerlig som følge av nye dommer og opphør av dommer.

Det finnes ikke samme type statistikk over personer som er sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern ved utskrivelse fra døgninstitusjon og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. Helsedirektoratet har med utgangspunkt i SAMDATA for spesialisthelsetjenesten vist at det i 2021 var 3098 tilfeller hvor tvunget psykisk helsevern var etablert ved utskrivelse fra døgninstitusjon i psykisk helsevern. Det vil si utskrivelse til TUD. Det utgjorde 35 prosent av alle utskrivelser dette året (Helsedirektoratet, 2022c). Det er som vi ser, et betydelig større antall utskrivelser til TUD etter sivilrettslig vurdering, men vi har som sagt ikke noe grunnlag for å si hvor mange av disse som gjelder personer hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. Dette har vi spurt om i spørreundersøkelsen.

3.2 Kartlegging av antall i målgruppen

I spørreundersøkelsen spurte vi om kommunene ga tjenester til personer i følgende fire kategorier:

- 1 Personer dømt til tvunget psykisk helsevern (strafferettslig særreaksjon) og utskrevet til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon, med ambulans eller poliklinisk behandling.
- 2 Personer vurdert til tvunget psykisk helsevern (sivilrettslig), hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko, og pasienten er utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD).
- 3 Personer med alvorlig psykisk lidelse, en kjent forhøyet voldsrisiko, og bosatt i egen bolig i kommunen, samtykkekompetent og eventuelt under frivillig behandling fra psykisk helsevern.
- 4 Personer som ikke er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, men med omfattende psykiske helseplager, eventuelt samtidig rusproblemer og en kjent forhøyet voldsrisiko. Her inkluderes personer med vurdert rusutløste psykoser eller psykiske helseproblemer, personer med nedsatt kognitiv fungering, personer hvor det er mistanke om psykisk lidelse, men som ikke er utredet.

Alvorlig psykisk lidelse er i spørreskjemaet operasjonalisert slik: Med alvorlig psykisk lidelse menes personer diagnostisert med psykoselidelser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Voldsrisiko er definert slik: Voldsrisiko viser her til at det foreligger en voldsrisikovurdering om mulig fare for skade eller kroppslig krenkelse av andre personer, eller at det er forhold som gjør at hensyn til samfunnsvern må ivaretas.

Kommunens rapportering av hvorvidt de har brukere i ulike kategorier

I spørreundersøkelsen er det 29 av 42 kommuner som har svart at de har personer dømt til tvunget psykisk helsevern, 10 har ikke og 3 vet ikke, 36 kommuner har oppgitt at de har personer utskrevet til TUD med forhøyet voldsrisiko, 3 har ikke og 3 vet ikke, 37 oppgir å ha personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse og vurdert forhøyet voldsrisiko, 4 har ikke og 1 vet ikke, og like mange, 37, oppgir å ha personer med alvorlig psykisk lidelse som er ikke diagnostisert og med en kjent forhøyet voldsrisiko. Her er det 3 som svarer vet ikke og 2 som svarer nei.

I tabell 3.2. ser vi hvor mange av kommunene som oppgir å ha brukere i de ulike kategoriene, og disse kommunene fordelt på de fire helseregionene. Det er kommuner innenfor området til alle de fire helseregionene som har erfaring med brukere i kategoriene. Helse Sør Øst utmerker seg. Det skyldes at det er den største helseregionen, og at det er mange kommuner i utvalget innenfor området til Helse Sør Øst (se

kapittel 2). Det inkluderer blant annet de 8 bydelene i utvalget, hvor alle gir tjenester til brukere i alle de fire kategoriene. Det må likevel gjentas at det er flest som dømmes til tvunget psykisk helsevern innenfor området til Helse Sør Øst, og hvor det er størst andel som utskrives til gjennomføring av tvunget vern utenfor døgninstitusjon.

Tabell 3.2 Antall kommuner og bydeler som har brukere i de ulike kategorier fordelt etter helseregion.

Har brukere i kommunen i følgende kategorier	Helse Nord (n = 8)	Helse Midt (n = 3)	Helse Vest (n = 8)	Helse Sør Øst (n = 23)	Alle (n = 42)
1. Personer dømt til tvunget psykisk helsevern, og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn.	4	2	5	18	29
2. Personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidige rusproblemer, vurdert forhøyet voldsrisiko, og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn.	6	3	5	22	36
3. Personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer, og hvor det foreligger en kjent forhøyet voldsrisiko vurdert av spesialisthelsetjeneste, eller av kommunen og /eller politi.	7	2	6	22	37
4. Personer som ikke er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, men med omfattende psykiske helseplager, eventuelt samtidige rusproblemer og en kjent forhøyet voldsrisiko inkludert rusutløste psykoser, kognitiv svikt, m.m.	7	3	5	22	37

Det kommunale bildet preges av at mange kommunene har en sammensatt brukergruppe med alvorlige psykiske lidelser og en forhøyet voldsrisiko som de må ta hensyn til i sitt arbeid. 26 av de 42 kommunene i dette utvalget har brukere i alle de fire kategoriene vi har bedt de om å redegjøre for. Ni kommuner har brukere i tre kategorier og fire i to. Det er noe mindre vanlig å ha brukere dømt til tvunget psykisk helsevern, enn de øvrige kategoriene. Det ser ut til at det er sjeldnere at personer dømt til tvunget psykisk helsevern skrives ut til små kommuner enn til større kommuner.

Brukere dømt til tvunget psykisk helsevern og utskrevet til TUD

Spørreundersøkelsen viser at det er ingen kommuner i utvalget med færre enn 5 000 innbyggere som oppgir at de gir tjenester til personer som er dømt til tvunget psykisk helsevern. Det er i hovedsak mellomstore og store kommuner som har erfaring med dette, og noen av dem med mange brukere i denne kategorien. I tabell 3.3 ser vi at det er stor variasjon i hvor mange brukere kommunene oppgir at de har i denne kategorien. Generelt ser vi i dette utvalget at jo større kommuner jo mer sannsynlig er det at de har personer som er dømt til tvunget psykisk helsevern. Blant de store kommunene er det noen av dem som oppgir å ha mer enn 11 brukere i denne kategorien.

Tabell 3.3 Kommunes rapportering av antall brukere de gir tjenester til som er dømt til tvunget psykisk helsevern og utskrevet til TUD. Etter kommunestørrelse.

Kommunestørrelse	1	2	3-5	6-10	11 eller flere	Alle	n
Mindre enn 4999	0	0	0	0	0	0	5
5000-10 999	1	0	0	0	0	1	5
11 000-29 999	0	0	5	3	0	8	8
30 000-74 999	1	0	8	3	3	15	17
Mer enn 75 000	0	1	2	1	1	5	7
Alle	2	1	15	7	4	29	42

Legger en sammen hvor mange brukere de 29 kommunene oppgir å ha i denne kategorien summerer det seg opp til minimum 134 personer (se også tabell 3.5). Dette er flere enn det som oppgis å gjennomføre dom til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon i 2021. Det kan indikere at det er flere personer som gjennomfører dom til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon i 2022 enn året før.

De fleste av brukerne i denne kategorien er dømt til særreaksjonen tidsbestemt dom om overføring til tvunget psykisk helsevern, altså en dom som følge av alvorlig kriminalitet. 19 av 29 kommuner som har brukere i denne kategorien, oppgir at noen av brukerne er dømt med tidsbestemt dom (maks 3 år) til tvunget psykisk helsevern som følge av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art. Dette omtales av flere i kommunene som en oppsamlingsdom. I casestudien var det kommuner som oppga å ha brukere i denne kategorien som var dømt som følge av en rekke ulike forhold over tid, og hvor det for de fleste var snakk om at de hadde samtidig psykisk lidelse og omfattende rusproblemer.

Personer utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon.

De fleste kommunene i utvalget har erfaring med å følge opp brukere utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. I tabell 3.4. ser vi fordeling på antall brukere kommuner i ulike størrelse oppgir å ha. Også for denne kategorien ser vi at antall brukere øker med størrelse, men her det flere kommuner som oppgir å ha mange brukere. 10 av kommunene oppgir at de har flere enn 21 brukere i denne kategorien.

Tabell 3.4 Kommunes vurdering av antall brukere med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko, utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon).

Kommunestørrelse	1	2	3-5	6-10	11-20	21 eller flere	Alle	n
Mindre enn 4999	1	1	0	0	0	0	2	5
5000-10 999	0	0	1	1	0	0	2	5
11 000-29 999	1	1	1	2	1	2	8	8
30 000-74 999	0	0	3	5	6	3	17	17
Mer enn 75 000	0	0	0	2	0	5	7	7
Alle	2	2	5	10	7	10	36	42

En konservativ summering av antall brukere som oppgis i denne kategorien gir 368 personer.

En tilleggsdimensjon ved denne gruppen brukere er at kommunene på spørsmål svarer at de vurderer at de fleste har samtidige rusproblemer.

Kommunal erfaring med en sammensatt gruppe med vurdert voldsrisiko

I tillegg til personer dømt til tvunget psykisk helsevern og personer utskrevet til TUD etter sivilrettslig vurdering, har mange kommuner svært mange brukere i kategoriene alvorlig psykisk lidelse og vurdert forhøyet voldsrisiko, og også personer som ikke har en diagnose, men alvorlig psykiske helseproblemer og ofte samtidig rusmiddelproblemer. Av de 37 kommunene som oppgir å ha brukere med alvorlig psykisk lidelse og vurdert forhøyet voldsrisiko er det 10 som oppgir at de har 21 eller flere brukere i denne kategorien, 4 har mellom 11 og 20 brukere. I likhet med de øvrige kategoriene øker antall brukere med kommunestørrelse, men i denne kategorien har også to av de fem minste kommunene 2 brukere hver. Ser vi på kategorien som ikke er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, men som har omfattende psykiske helseplager, rus og forhøyet voldsrisiko er det enda flere som har mange brukere. 13 av de 37 kommunene som har brukere i denne kategorien oppgir å ha flere enn 21 brukere, og selv de mindre kommunene har flere. Kartleggingen viser at kommunene har erfaring med en sammensatt gruppe bruker med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko. De store kommunene har ofte flere brukere i alle de ulike kategoriene.

Kartleggingen gir ikke grunnlag for å beregne eksakt hvor mange brukere kommunene følger opp i de gitte kategoriene. Det er variasjon mellom kommuner, mellom store og små, men også mellom kommuner av samme størrelse. Noen kommuner har oppgitt at de har brukere i en gitt kategori, men kan ikke gi noe estimat på hvor mange. Kommuner som gir tjenester til personer dømt til tvunget psykisk helsevern kan redegjøre for dette, men å beregne hvor mange av de som er utskrevet til TUD eller av personer med alvorlig psykiske lidelser hvor det er vurdert forhøyet voldsrisiko, er mer krevende. Det finnes ingen statistikk på dette i kommunene. Ut fra estimatene kommunene har oppgitt har vi lagt sammen og summert hvor mange brukere kommunene innenfor de definerte kommunestørrelsesgruppene som er anvendt i spørreskjemaet, har. Når vi har lagt sammen har vi benyttet de laveste tallene, det vil si at når en kommune har svar at de har 6-10 brukere, så har vi telt 6, når mer enn 11 har vi telt 11. For hver kategori i de ulike størrelsesgruppene har vi delt antall brukere totalt på antall kommuner som har oppgitt antallet. I tabell 3.5. er det vist i parentes bak antall personer hvor mange kommuner som har oppgitt antallet brukere. Dette gjennomsnittet for hver kategori er benyttet som grunnlag for å beregne et samlet gjennomsnitt av antall brukere totalt med en vurdert volds- eller sikkerhetsrisiko i kommuner av ulik størrelse.

Tabell 3.5. Antall personer oppgitt i de ulike kategoriene, konservativt anslag, etter kommunestørrelse. I parentes bak antall brukere er antall kommuner som har oppgitt hvor mange de har i kategorien.

Kommunestørrelse	Dom	TUD	Psyk diagnose	Psyk ikke diagnose	Alle	Brukere per kommune, -gjennomsnitt
Mindre enn 4999 (n = 5)	0	3 (2)	4 (2)	10 (3)	17	7
5000–10 999 (n = 5)	1 (1)	9 (2)	6 (3)	7 (3)	24	10
11 000–29 999 (n = 8)	33 (8)	71 (8)	54 (7)	70 (6)	215	32
30 000 – 74 999 (n = 17)	76 (15)	168 (17)	175 (17)	196 (15)	619	38
Mer enn 75 000 (n = 7)	24 (5)	117 (7)	98 (6)	89 (7)	329	51
Alle	134 (29)	368 (36)	337 (35*)	372 (34**)		

*37 kommuner som oppgitt at har brukere i denne kategorien, men to som oppgitt at ikke vet antall.

**37 kommuner som oppgitt at har brukere i denne kategorien, men tre som oppgitt at ikke vet antallet.

Dette er ikke et gjennomsnitt som kan benyttes til en beregning av antall brukere generelt. Det er store variasjoner mellom kommuner, og kommuneutvalget vårt er ikke representativt. Vi har mange store kommuner, og må anta at det å ha mange brukere og erfaring med målgruppa kan ha virket motiverende på å bruke tid på å svare. Bortsett fra det, illustrerer estimatet som presenteres i tabell 3.5 at personer dømt til tvunget psykisk helsevern utgjør en liten andel av de kommunen gir tjenester til hvor det vurderes å være en forhøyet volds- og sikkerhetsrisiko. I tabell 3.5 har vi beregnet at storbyene med mer enn 75 000 innbyggere har i snitt minimum 50 personer hvor dette er tilfelle. Ut fra fremstillingen i tabellen ser vi at få, her et gjennomsnitt på kun 5, vil være på dom, og 17 på TUD. Over halvparten hvor det er vurdert volds- og sikkerhetsrisiko er ikke i den definerte målgruppen som vi primært er opp-tatt av i denne rapporten.

3.3 Når er det ekstra krevende å gi gode tilbud

I spørreskjemaet ble kommunene spurt om det var noen grupper brukere med vurdert voldsrisiko som var særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til. 38 av 42 kommuner har valgt å benytte muligheten til å gi en tilbakemelding på dette åpne spørsmålet. Det er særlig brukere med samtidige problemer og mye rus kommunene opplever at det er krevende å gi et egnet tilbud til. Noen presiserer at det generelt er krevende å følge opp brukere i målgruppen, altså personer med alvorlig psykisk lidelse og en vurdert forhøyet voldsrisiko, og en kommune skriver:

Stort sett alle med forhøyet voldsrisiko og utfordrende atferd er utfordrende å gi et godt tilbud, som også tar hensyn til samfunnsvernet.

Utover denne formen for generelle tilbakemeldinger fremhever mange at det er særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til personer med psykisk lidelse og vurdert forhøyet voldsrisiko:

- Samtidig rus- og psykiske lidelser
- Samtidig rusmiddelbruk
- Samtidig kognitiv svikt eller utviklingshemming
- Brukere som ikke ønsker tjenester og oppfølging.

En av kommunene beskriver den kommunale utfordringen:

Vi mangler økonomi og botilbud til utagerende personer med psykiske lidelser eller rusproblematikk (eller personer med en kombinasjonsproblematikk). Vi har ikke boliger som er døgnbemannet til den brukergruppen. Vi opplever å mangle virkemidler til denne brukergruppen da det er vanskelig å bosette dem i nærheten av hverandre, men også i nærheten av andre. Samt at det er vanskelig å gi tjenester til dem om boevnen er dårlig og voldsrisikoen høy.

Det er generelt sammensatte problemer i kombinasjon med voldsrisiko som respondentene mener at fører til at det er krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til målgruppa. Det er alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med rus, med samtidige somatiske helseproblemer, utviklingshemming og kognitiv svikt. Fra kartlegginger av kommunale tjenestemottakere med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer er det vist at personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP) har særlig dårlige levekår (Lie & Hustvedt, 2021). Det er flere kommuner som fremhever gruppen med ROP som krevende å gi egnet bo- og tjenestetilbud.

- 17 av de 39 fremhevet personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse.
- 16 av 39 kommuner har tatt opp utfordringer med brukere i målgruppen for undersøkelsen hvor det er samtidig kognitiv svikt eller en ikke diagnostisert utviklingsforstyrrelse, noen få har spesifisert diagnostisert utviklingshemming, i tillegg til psykisk lidelse og rus.
- 11 av 39 fremhever rusproblemer som en tilleggsdimensjon som skaper utfordringer.
- 9 av de 39 kommunene vektlegger brukere som ikke ønsker å motta hjelp, og som selv mener at de ikke trenger hjelp.

I utdypningene er det flere som tar opp at hensyn til nabolag og nærmiljø gjør det krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til enkelte. Ofte er det er krevende med brukere som kan være aggressive, som truer naboer, og vurderes å kunne være farlige. Det kan være brukere som vurderes å være farlige for barn, for naboer generelt, og personer som gjør seksuelle tilnærmelser.

Som vist over er det mange som tar opp at brukerne kanskje ikke ønsker hjelp. En av kommunens skriver:

Alt i kommunen er på frivillige paragrafer, så særlig de som ikke er «enige» i egen sinnslidelse, er uenige med diagnosen(e) som er satt, ikke ønsker hjelp, melder at de ikke har behov (når tjenestene ser det annerledes). Vi har fått flere av disse etter endringen om samtykkekompetanse 1. september 2017.

Av kommentarene er det tydelig at samtidige rusproblemer er en utfordring. En kommune skriver om grupper som de erfarer det er særlig krevende å gi et egnet tilbud:

Flere av brukerne med ROP-lidelser kommer inn i denne gruppa. Særlig unge menn. Voldsrisikoen øker i takt med graden av spesielt inntak av sentralstimulerende midler som amfetamin og amfetaminlignende stoffer. Når psykosetendensen øker som følge av inntak av narkotiske stoffer faller boevnen tilsvarende. Bostedsløsheten er økende. I bostedsløs-gruppa finner vi omtrent utelukkende bare denne pasientkategorien.

I casestudien ble vi presentert erfaringer med å følge opp personer med tidsbestemt dom til tvunget psykisk helsevern, og at det i noen kommuner erfarer som mer krevende å få til gode opplegg og samarbeid med spesialisthelsetjenesten rundt denne gruppen. Dette fremkommer også i kommunenes beskrivelse i spørreundersøkelsen. At personer dømt til tvunget psykisk helsevern for gjentakende samfunnsskadelig eller plagsom atferd, og er utskrevet til kommunen, som fortsetter med samme atferdsmønster, og mangler opplegg for oppfølging fra psykisk helsevern. Ofte er omfattende rusproblemer en viktig del av utfordringsbildet. En av casekommunene sier i intervju at de erfarer at spesialisthelsetjenesten vurderer brukerne som «ikke behandlingsbare». Å komme inn under tvunget psykisk helsevern har ikke medført et brudd i det som var årsaken til at de ble dømt til særreaksjonen.

3.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi vist at det har vært en økning i antall personer som dømmes til tvunget psykisk helsevern og at det ved utgangen av 2021 ifølge Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, var 316 personer som gjennomførte slik dom. En tredjedel av dem utenfor døgninstitusjon. Det finnes ikke tilgjengelige

tall på hvor mange med alvorlig psykisk lidelse og vurdert forhøyet voldsrisiko som skrives ut til TUD etter sivilrettslig vurdering.

Kartleggingen i et utvalg kommuner presentert i dette kapitlet viser at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe med alvorlig psykisk lidelse og en forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. 29 av 42 kommuner oppgir at de har personer i kategorien dømt til tvunget psykisk helsevern. Det ser ut til at det er sjeldnere at personer dømt til tvunget psykisk helsevern skrives ut til små kommuner enn til større kommuner. 36 av kommunene oppgir at de har personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko sivilrettslig vurdert og utskrevet til TUD. Nesten alle i denne gruppen oppgis å ha samtidige rusproblemer. Kartleggingen viser at det kommunale utfordringsbildet når det gjelder ivaretagelse av personer med psykisk lidelse, rus og forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko, er betydelig mer omfattende enn de to definerte kategoriene vi vier særlig oppmerksomhet. 37 av 42 oppgir at de har personer bosatt i kommunen som er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer, og hvor det foreligger en kjent forhøyet voldsrisiko som kommunen må ta hensyn til. Dette er personer som ikke er underlagt tvunget psykisk helsevern. Like mange har personer som ikke er diagnostisert, men som har alvorlige psykiske helseplager, samtidig rus, og en kjent forhøyet voldsrisiko.

Kartleggingen gir ikke grunnlag for å gi konkrete tall på hvor mange i målgruppen kommunene følger opp. I kapitlet har vi gitt et estimat på hvor mange kommunene i utvalget gir tjenester til på bakgrunn av kommunenes rapportering. Det viser stor variasjon mellom kommunene. Totalt oppgir kommunene i utvalget 134 personer dømt til tvunget psykisk helsevern og 368 med forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD. Antall bosatt øker naturligvis med kommunestørrelse. De minste kommunene i utvalget (under 5000 innbyggere) har ingen personer dømt til tvunget psykisk helsevern, men noen få personer i kategorien sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern. De største har i gjennomsnitt 5 brukere dømt, og 17 i kategorien sivilrettslig vurdert og utskrevet til TUD. For alle de fire kategoriene har vi beregnet at de minste kommunene i gjennomsnitt har 7 brukere med en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko som kommunen må forholde seg til, de største har i gjennomsnitt 50.

På spørsmål om det er noen av gruppene det er særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til fremkommer det at det generelt er krevende å håndtere voldsrisiko, men at særlig personer med sammensatte problemer gir utfordringer. En særlig dimensjon å merke seg er at det svært mange i gruppen med en vurdert volds- eller sikkerhetsrisiko hvor det oppgis å være samtidige rusproblemer. Rusproblemer er fremtredende i tilbakemeldingene. Samtidig rus- og psykisk lidelse, rusmiddelbruk i tillegg til alvorlig psykisk lidelse og til nedsatt kognitiv fungering. I tillegg er det flere som tar opp at det er brukere som ikke ønsker hjelp og unndrar seg tjenester og oppfølging.

4 Det kommunale bo- og tjenestetilbudet

I dette kapitlet belyser vi problemstillingen om de kommunale helse- og omsorgstjenestens ivaretagelse av målgruppen. Vi ser på kommunenes boligtilbud og hvilke boliger som anvendes for målgruppen, vurderingen av boligbehov, tjenestene for oppfølging av målgruppa, og hvorvidt kommunen kjøper bo- og tjenestetilbud til brukere i målgruppen for dette prosjektet.

Kommunen har et omfattende boligsosialt ansvar (Hansen, 2021). Dette ansvaret omfatter både overordnet ansvar for bolig og levekårssituasjonen i kommunen, men også på individnivå å bidra til at vanskeligstilte og personer med helseproblemer har et sted å bo. Helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven har i formålsparagrafen at kommunene skal bidra til gode levekår i befolkningen og som del av dette bidra til at den enkelte kan leve og bo selvstendig. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 gir kommunen ansvar for å medvirke til å skaffe boliger for personer som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet selv, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelp og vernetiltak for de som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker. Loven definerer ingen rett til bolig, men en plikt for kommunen til å medvirke til at vanskeligstilte og personer med helseproblemer får et sted å bo. Sosialtjenesteloven gir kommunen en forpliktelse til å finne midlertidig bolig til de som ikke klarer det selv (§27).

I sammenheng med utskrivelse fra døgninstitusjon til tvunget psykisk helsevern i kommunen, er det en forutsetning at brukeren har et eget sted å bo (jf. Forskrift om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold). TUD kan ikke gjennomføres om pasienten er bostedsløs eller har opphold i midlertidig bolig. Det kommunale boligsosiale ansvaret kan ikke ses uavhengig av kommunens ansvar i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven for å sikre at alle innbyggere får nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester (§ 3-1; 3-2; 4-1). Det kan innebære at kommunen i noen tilfeller blir ansvarlig for å tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester (jfr. §3-2). Når kommunen får melding om utskrivningsklare pasienter skal de gjøre en vurdering av hvilket behov for kommunale helse- og omsorgstjenester personen har, og hvordan tilrettelegge for et forsvarlig tilbud.

4.1 Boligtilbud

Fra casestudien har vi fått innblikk i at muligheten for å tilrettelegge for egnede bo- og tjenestetilbud kan påvirkes både av kommunestørrelse og av hvor utviklet tjenestetilbudet er i kommunen. Kommunene har ulik tilgang til et differensiert boligtilbud. I de seks casekommunene var det noen kommuner som bare hadde ordinære kommunale boliger, mens andre i tillegg hadde samlokaliserte boliger med tilknyttet personalbase, noen har bofellesskap, småhus eller andre boligtilbud.

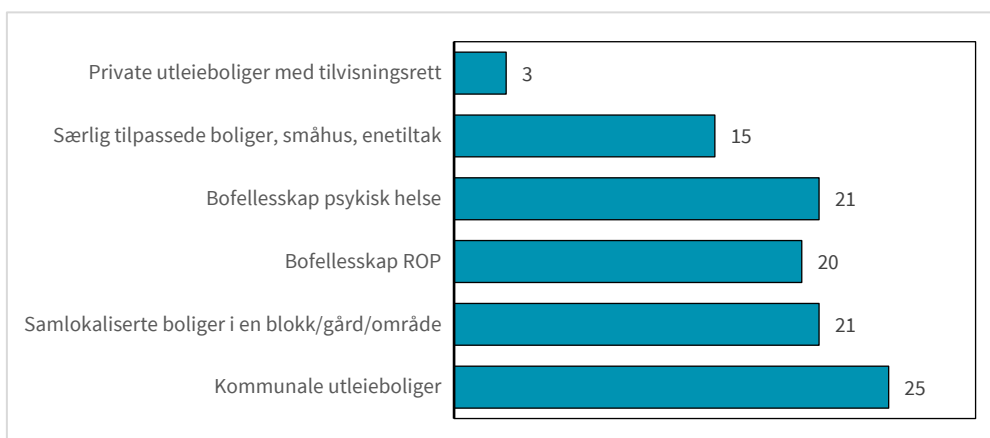
Vi identifiserte flere forhold som hadde betydning for hvilken bolig som ble tilbudt brukerne i målgruppen:

- Hensyn til samfunnsvern, nabolag og trygghet i nærmiljø.
- Behov for tjenester og tilgang til personale.
- Grad av rusproblemer og rusatferd
- Kjennskap til historikk med ødeleggelser av bolig

Å finne egnet botilbud for brukerne i målgruppa er en utfordring som ble tydelig i alle casekommunene. Erfaringen til mange informanter er at spesialisthelsetjenesten ved forberedelse av utskrivelse ofte definerer tydelige krav til hvilket botilbud personer som skal gjennomføre TUD har behov for. For personer dømt til tvunget psykisk helsevern kan det ligge føringer fra påtalemyndigheten om botilbudet i kommunen for at vedkommende skal kunne skrives ut til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor institusjon. Det kan være ønske om botilbud med tilgang til heldøgnbemanning, det kan være ønske om ulike former for skjerming, tilgang til fellesarealer, og mulighet for tilsyn og kontrolltiltak.

Med utgangspunkt i kjennskap til det kommunale botilbudet fra casestudien spurte vi kommunene om hvilke botilbud de har tilgjengelig for målgruppen, og hva de benytter for målgruppen personer som er underlagt dom til tvunget psykisk helsevern og personer under TUD og med vurdert forhøyet voldsrisiko. I figur 4.1 ser vi hvilke boligtyper de 42 kommunene benytter for målgruppen.

Figur 4.1 Hvilke boliger som anvendes for målgruppa personer dømt eller sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, forhøyet voldsrisiko og utskrevet til TUD. Flere svar mulig. (n = 42)



Nesten alle kommunene i utvalget har kommunale utleieboliger, men det er 25 som benytter dette for personer som dømt til tvunget psykisk helsevern, eller som er utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn, og med en vurdert forhøyet voldsrisiko. Jo større kommunene er, jo mer differensiert boligmasse har de. Det er likevel noen variasjoner. Det er noen større kommuner som har mange bofellesskap eller samlokaliserte boliger med tilknyttet personalbase, mens det er andre som ikke har det.

Mange kommuner har også samlokaliserte boliger og 21 av 42 kommuner benytter dette for målgruppa. Her er det stor forskjell mellom kommuner av ulik størrelse. Det er bare én av de minste kommunene som har denne type boliger, mens mange av de større kommunene har dette. Det samme gjelder bofellesskap. Det er én av de små kommunene som har bofellesskap for personer med samtidig rus og psykisk lidelse, mens en stor andel av de større kommunene har. Det er flere som har bofellesskap for personer med psykiske lidelser, men også dette følger trenden med at det i hovedsak gjelder større kommuner. Private utleieboliger med tilvisningsrett for kommunen

er det 11 kommuner som har og bare to som oppgir at de benytter dette for målgruppen. Nær halvparten av kommunene oppgir at de har særlige tilpassede boliger, som småhus eller andre former for forsterkede enetiltak, og også dette gjelder i hovedsak de litt større kommunene. Det gjelder blant annet alle de syv største kommunene i utvalget (mer enn 75 000 innbyggere). Det er 15 av de 42 kommunene som benytter denne formen for botilbud for målgruppa.

Ordinære boliger eller samlokalisering og bofellesskap

Spørreundersøkelsen gjenspeiler variasjonen i boligtyper som vi observerte i de seks casekommunene. I tilbakemeldinger i spørreundersøkelsen og casestudien vektlegger mange at de gjør individuelle vurderinger av hva som vil være et egnet botilbud for den enkelte, men de har i ulik grad tilgjengelige boliger. For mange kommuner kan det være krevende å tilby boliger i tråd med behovene som defineres av spesialisthelsetjenesten. Ofte vil dette inkludere behov for tilgang til heldøgnpersonale og muligheter for å kontrollere brukernes hverdagsliv.

I casekommunene observerte vi ulike tilnærminger til hvilke boliger som benyttes for personer dømt til tvunget psykisk helsevern og utskrevet til kommunen. I to kommuner er enkeltstående kommunale utleieboliger det eneste boalternativet de har. I de fire andre casekommunene benyttes også ordinære kommunale utleieboliger, men boligtilbudet som benyttes for målgruppen er i hovedsak ulike former for samlokaliserte boliger eller bofellesskap, ofte med personalbase i nærheten eller direkte knyttet til boligen. Det vil si at bruker har en egen leilighet i et bofellesskap eller egen leilighet som del av flere samlokaliserte boliger, og med en egen husleiekontrakt.

Tre av case kommunene har botiltak med heldøgns tjenester. En kommune forteller at de har etablert et botiltak med seks leiligheter og heldøgns tjenester. I dette botiltaket er det tenkt at to enheter kan benyttes til personer med en vurdert forhøyet voldsrisiko, på dom eller vurdert til tvunget psykisk helsevern. De fire øvrige enhetene benyttes til personer som ikke er i denne kategorien, som ikke har behov for tett oppfølging, men hvor tilgang til personale kan gi bruker en ønsket trygget og bedre mestring av livet i egen bolig. En annen kommune har etablert et særskilt tiltak for personer med atferdsproblematikk og ROP. Det er et tilbud med få enheter, og bygningsmessige tilpasninger for å ivareta sikkerhet for både ansatte og beboere, døgnbemanning og særlig kompetanse for arbeid med målgruppen. Det er også kommuner som har såkalte småhus, robuste, små og arealeffektive boliger.

Casekommunene snakker om bofellesskap i ulike former. I noen tilfeller er det snakk om samlokaliserte boliger, flere leiligheter i en bolig, og en personalbase i boligen. Det er ofte ingen fellesområder. Andre har store bofellesskap med mange enheter noen fellesområder, og fast tilknyttet personale til bofellesskapet. Det er eksempler på bofellesskap med fast personale som i tillegg følger opp brukere som bor i egen leilighet i nærområdet. En kommune sier at det botilbudet de oftest benytter er firemannsboliger og at de har flere som ligger geografisk ganske nær hverandre. En kommune sier de har et bokollektiv, men at dette ikke benyttes for målgruppen i dette prosjektet.

Det er typisk at større kommuner har mulighet for en mer differensiert boligmasse, og også mer tilpasset og spesialiserte tilbud. En kommune forteller at de blant annet har et bofellesskap med en forsterket avdeling, ekstra personale og kompetanse for å håndtere personer med atferdsproblematikk og rusproblemer. Det er etablert tett kontakt med sykehuset, og tilbudet er et samarbeidsprosjekt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Dersom kommunen har flere botilbud, eksempelvis ordinære utleieboliger, flere samlokaliserte boliger med personalbase tilknyttet, eller bofellesskap, øker muligheten for å kunne gjøre individuelle vurderinger ved tildeling av bolig. Det betyr at kommunen kan tilstrebe å ha noen bofellesskap eller samlokaliserte boliger hvor det ikke tildeles bolig til personer med omfattende rusproblemer, og andre hvor det er høyere toleranse for rus. Når kommunene må etablere noen typer av enetiltak så dreier dette seg ofte om at de mangler tilgjengelige botilbud i kommunen som kan dekke brukers særlige behov.

Enetiltak

I spørreundersøkelsen er det 15 kommuner som sier de har brukere i målgruppen som er bosatt i ulike typer av småhus, særlig tilpassede botilbud eller enetiltak.

Casekommunene beskriver noen typer av enetiltak etablert for enkeltbrukere. Et eksempel i en kommune er en leilighet i en firemannsbolig, hvor bruker er etablert i én leilighet er tomme. Brukeren vurderes å kunne være farlig for andre og lager mye støy. Det gjør at tre leiligheter står tomme av hensyn til volds- og atferds utfordringer hos brukeren. Andre eksempler er brukere som av hensyn til samfunnsvern er etablert i enebolig med fast personale i boligen.

I spørreundersøkelsen er det åtte kommuner som spesifiserer at de har enetiltak for brukere i målgruppa. Fire av kommunene oppgir å ha ett enetiltak hver. Det fremstår som at nesten alle disse er enetiltak kjøpt av private. Felles i redegjørelsene er en beskrivelse av behov for tett bemanning, fra 1:1. til 3:1, det vil si fra en til tre ansatte per bruker. Alle disse fire er etablert enetiltak for personer dømt til tvunget psykisk helsevern. En kommune utdyper at det er etablert et enetiltak med kjøp av bo- og tjenestetilbud som følge av domspremissene. En annen beskriver at det er kjøpt et tilbud til en bruker fordi vedkommende ikke passer inn i kommunens bofellesskap som følge av sikkerhetsproblematikk. En tredje utdyper at de har kjøpt et tilbud fordi det er vurdert stor gjentakelsesfare for alvorlige handlinger, og med strenge og omfattende vilkår i planen for vernet. Risikovurderingen, HCR-20, innebar klare anbefalinger om bemanning og andre sikkerhetstiltak. Den fjerde skriver kort at det er enighet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om behov for et tilpasset enetiltak.

De andre fire kommunene har alle flere enetiltak hver. En av dem oppgir fem enetiltak, og går videre med å definere at fire av disse enetiltakene har en bemanning på 2:1. Det siste enetiltaket har en bemanning på 3:1. I en utdypning av svaret oppgis det at dette er tilbud kommunen kjøper utenbys, fordi de ikke har boliger og kompetanse å tilby.

En kommune oppgir å ha 3 enetiltak. To av dem har 3:1 bemanning, hvorav den ene har 2:1 på kveld og natt. Den tredje har 2:1. Her oppgis det videre at kommunen ikke har egnet bo- og tjenestetilbud til gruppen med rus og psykisk helseproblemer, lett utviklingshemming og atferdsproblemer. De øvrige er to kommuner som begge har to enetiltak hver. Utfordringsbildet som skisseres er i tråd med det som er beskrevet over: Det er snakk om brukere med omfattende behov for tett oppfølging. Et eksempel som gis er en person utskrevet fra sikkerhetspost etter flere år, og etablert i et forsterket døgnbemannet botiltak med svært høy personaltetthet. I en sak oppgis en bemanning på 13:3, og i et annet tilfelle er det 12 ansatte og 15 brukere.

Utfordringer når det gjelder boligtilbudet og målgruppen

Det kan være spesifikke forhold som definerer hvilke botilbud som anvendes for målgruppen, særlig når det gjelder personer dømt til tvunget psykisk helsevern. Det kan handle om innslag av rus i bomiljøet, om tilgang til personale, og om hensyn til nabolag. I ett tilfelle sier en informant at det er saker hvor avstanden til barnehage, skole og andre kommunale tilbud må være lang nok til at statsadvokaten godkjenner det. Lokalisering av botilbud for personer med rus- og psykiske helseproblemer, og særlig når det er en vurdert voldsrisiko, er en aktuell problemstilling i mange kommuner. Som vi skal komme tilbake til, er en viktig problemstilling i kommunene knyttet til å imøtekomme ønsker fra spesialisthelsetjeneste og påtalemyndighet om ulike kontrollregimer.

I kommunenes tilbakemelding ser vi at det er ulike hensyn som skaper utfordringer når det gjelder botilbud for målgruppen. Det handler om lokalisering, hensyn til naboer og lokalsamfunn, tilgang til personale og tilpasning av bygg for å ivareta hensyn til sikkerhet og forebygging ødeleggelser.

En informant i en av casekommunene sier at det er en utfordring at ingen av boligene de har i kommunen egentlig er tiltenkt eller egnet for å bosette målgruppen vi er opptatt av. Det går på utforming av boligene, det rent bygningsmessige, men også på mulighetene for ansatte å ivareta hensyn til samfunnsvern eller den enkelte brukers helse. Det dreier seg blant annet om at personen kan skrives ut fra spesialisthelsetjenesten med en beskrivelse av at det er behov for at pasienten skjermes fra rus, og at det legges til rette for ruskontroll. Et annet eksempel er ønsker om inn- og utgangskontroll, og å sikre at bruker sover i egen seng om natten. Det er eksempler på kommuner som har etablert praksis med at de registrerer når brukere kommer og går i bofellesskap, og initierer rustesting etter behov. De kommunale boligene, også enheter i bofellesskap, er leiligheter som brukerne leier, og hvor de kan komme og gå som de vil. Det er lite både juridisk og praktisk rom fra ansattes side å forvalte denne type begrensninger eller kontroll med brukeres liv.

13 av 42 kommuner sier de har boliger som er særlig tilpasset personer med aggresjonsproblematikk eller vold. Mangel på egnede boliger er en tilbakemelding som er gjennomgående i spørreundersøkelsen, og flere av dem handler om boliger tilpasset mulighet for å ivareta bruker, ansatte og naboers sikkerhet.

En informant i en kommune som har flere bofellesskap for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer beskriver at dette i praksis er leilighetskomplekser, og at de ikke er bygget med tanke på å ivareta sikkerhet. Denne kommunen, som nesten alle casekommunene, har praksis på gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) i psykisk helse og rustjenesten, men den bygningsmessige konstruksjonen begrenser mulighetene for å følge opp identifiserte risikopunkter. Informanten beskriver utfordringen med bofellesskapene:

De [bofellesskapene] er ikke bygd for å ivareta beboere med voldsproblematikk i utgangspunktet. Arkitektonisk sett er det ting i en ROS analyse som vi ikke kan gjøre mye med. Det er noe vi må jobbe oss rundt. Foreløpig har vi sett få skader knyttet til byggenes utforming i seg selv, men det går på blindsoner, lyd, hvor fort personalet kan forflytte seg, evnen til å skjerme medbeboere, nødeters tilgang til byggene.

Forebygging av brann er et tema i flere av casekommunene. Det er flere som har erfaringer med ildpåsattelse i leiligheter, og tar opp bekymring for naboer i bofellesskap og samlokaliserte boliger når det er brukere som ikke overholder brannvern hensyn. Det kan være brukere som demonterer alle ting i leiligheten, inkludert brann-

varslingsanlegg og andre brannforebyggende installasjoner. Noen tenner på ting, forstopper toaletter, eller gjør andre ødeleggelser i leiligheten. Det blir derfor omtalt behov for å installere for eksempel vanntåkeanlegg eller sprinkler som ikke er mulig å demontere.

Hensyn til naboer kan gjøre det vanskelig å finne egnede tomter for etablering av særlige botilbud. En av casekommunene har i flere år hatt et vedtak om å etablere småhus, eller en særlig tilpasset bolig for personer med samtidig rus og psykisk lidelse, men har ikke egnet tomt. En annen kommune har vedtatt å bygge det de kaller et «hardhus» særlig tenkt for én bruker som har behov for skjerming fra naboer, men det har ikke vært mulig å finne tomt.

I mindre lokalsamfunn kan kjennskap til enkeltpersoner og voldshistorikk være en særskilt utfordring for bosetting, men også større kommuner erfarer nabolagsutfordringer. Det finnes kommuner som har etablert botilbud som er tenkt at skal være særskilt for en målgruppe hvor samfunnsvern er en dimensjon. Ofte er det da inkludert overvåkningsteknologi, døgnbemanning og avtaler med nødetater.

Ønsker for et bedre botilbud

I casekommunene har vi tatt opp spørsmålet om hva kommunene vurderer at de har behov for dersom de skal kunne gi et bedre bo- og tjenestetilbud til brukerne. Flere tar opp at de har behov for botilbud hvor det er enkelte enheter som er særlig tilpasset personer med adferdsproblematikk, og hvor samfunnsvern er en dimensjon det må tas hensyn til. Det er også ønske om flere tilbud med døgnbemanning, og kompetanse for å gi god oppfølging til målgruppa med sammensatte problemer og en vurdert forhøyet voldsrisiko. Det samme gjelder behovet for mindre enheter, mulighet for skjerming av enkeltbrukere fra andre eller fra ruseksponering. De kommunene som ikke har bofellesskap eller samlokaliserte boliger med tilgang til personalbase ønsker det:

Vi har ikke tilrettelagte boliger som kunne bidratt til at vi hadde kommet i bedre posisjon til å jobbe med denne målgruppen. Men – det jobber vi med.

Behovet er sammensatt, og kommunene beskriver behovet for å ha et differensiert boligtilbud som gjør det mulig å ivareta hensyn til brukernes individuelle behov og særlige helseutfordringer. En kommune sier de har mange kommunale boliger, men at de ikke har så mange egnede boliger når det gjelder denne målgruppa. Det handler både om plassering og standard. Plassering er knyttet til å ta hensyn til naboer, støy og eventuell truende atferd. En informant sier at det vil være slik at noen brukere vil forstyrre naboer uansett, men da må det være en mulighet for å gjøre gode vurdering av hvor disse personene skal bo. Muligheten for å ivareta hensyn til naboer og skjerming vil naturlig nok kunne være begrenset i storbyer og tettbygde områder.

I planlegging av et nytt bofellesskap forteller en informant at de hadde en vurdering av hvor lang utrykningstid det ville være for politiet til der bofellesskapet var plassert. Det ville ha betydning for hvilken målgruppe de tenkte kunne få tilbud om bolig der.

Et annet forhold er behovet for å bygge noen særlige botilbud hvor bygningen tilpasses målgruppens behov. Det beskrives av noen å være behov for nye boliger hvor det er tatt hensyn til behovet for personale og sikkerhet, hvor det er fellesrom, men som også ivaretar brukerens privatliv og selvbestemmelse i eget hjem. Vi ser at flere beskriver behov for å utvikle boligløsninger som kombinerer det å tilby brukere egne hjem med institusjonslignende trekk.

Bofellesskap og samlokalisering ikke alltid en egnet løsning

Behovet for tilgang til personale og tett oppfølging ser ut til å utgjøre en driver for samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Samtidig er nettopp denne formen for fellesskapsløsninger; tett samlokalisering av flere personer med omfattende helseproblemer og ofte rusproblemer, noe som kan skape mange utfordringer. Dersom kommunen ikke har tilstrekkelig mulighet for å ta hensyn til hvem som tildeles bolig i denne type boligløsninger kan det skape problemer med uro i nabolaget, men også i bomiljøet. Enkeltpersoner som har helseproblemer og utfordringer som ikke passer inn, kan destabilisere miljøet, forsterke andre beboeres problemer og representere en utrygghet som forsterker psykiske helseproblemer og utløser voldsrisiko. Enkelte brukere kan vurderes å være for farlige både for ansatte og for andre beboere i et bofellesskap.

Å bo med andre mennesker tett på seg kan være utfordrende, og en lite egnet boligløsning for noen. Noen beskriver løsninger for samlokaliserte boliger hvor plassering av enheter og leiligheter er slik at adkomsten til den enkeltes leilighet ikke kan observeres av de andre i området. Erfaringen er samtidig at noen brukere ikke passer å bo sammen med andre, det betyr at det blir mye bråk, utagering, utrygghet og uro. Det er casekommuner som har erfaring med at enkelte botilbud preges av mye rus og uro. En informant beskriver et botilbud hvor de ikke har ressurser til å følge opp fordi det er små og store kriser hele tiden.

I casestudien er informantene som gir eksempler på brukere som har profitterer på å få bo i ordinære boliger, hvor fredelig beliggenhet har bidratt til bedre helse og mindre uro. I de åpne tilbakemeldingene i spørreskjemaet er det også respondenter som tar opp dette:

Personer med høy voldsrisiko bør ikke bo i bofellesskap eller samlokaliserte boliger. De bør bo i separate boliger og få oppfølging av oppsøkende team. Da reduseres tallet på utagering både mot personalet og andre brukere i kommunen. Ofte er den tette kontakten en utløsende årsak til volden.

En annen respondent følger opp dette og skriver at de har botilbud med flere boenheter samlet og mangler mer fleksibilitet og differensieringsmuligheter i botilbudet til brukere med størst oppfølgingsbehov.

Muligheten for å kunne gjøre individuelle vurderinger blir tatt opp av flere. Vold er ofte situasjonsbetinget. En informant beskriver at det kan være noe med miljøet som gjør at brukere utagerer, at rus og eksponering for rus kan ha stor betydning. For mange av brukerne vil det være ulike forhold som kan øke en voldsrisiko og muligheten til å gjøre tilpasninger ut fra brukerens historikk og behov kan være begrenset.

En del av utfordringsbildet som skisseres av casekommunene handler om ustabilitet. Om brukere som har omfattende helseproblemer, men hvor det er store svingninger. Informanter beskriver erfaringer med at personer med alvorlig psykisk lidelse har vært vurdert til tvunget psykisk helsevern og medikamentell behandling. Det kan medføre at de blir mye bedre, at de blir vurdert samtykkekompetente og da slutter å motta behandling og ta medisiner. Det kan bety at de blir raskt dårligere igjen, at de ruser seg mer, at det blir økt voldsrisiko, og at det skjer hendelser som gjør at de til slutt blir tvangsinnlagt.

Behov for tilpassede tilbud

I de åpne tilbakemeldingene om botilbud er det én kommune som kommenterer at temaet for spørreundersøkelsen går inn på den mest bekymringsfulle utviklingen de

har sett over tid innenfor det kommunale psykisk helse og rusfeltet. De opplever at flere og flere unge får ROP lidelser med følgeproblematikk knyttet til vold, trusler og aggresjon, og at de ofte blir bostedsløse. De opplever at kommunen ikke klarer å følge utviklingen når det gjelder å styrke de utadrettede tjenestene eller å få bygd egnede og anstendige boliger. Mange har store problemer som følge av rus og alvorlige psykiske lidelser uten å få tilstrekkelig hjelp. I tillegg tar de opp at kvinner er særlig utsatt i rusmiljøet. Frustrasjonen som kommer til uttrykk i denne kommentaren, er gjenkjennelig fra flere informanter i prosjektet.

De fleste tilbakemeldingene handler om behov for tilpassede botilbud, flere presiserer behov for ressurser til både bo- og tjenestetilbud. Det er beskrivelser av boligbehov for personer som har utfordringer med utagering og aggresjon som følge av psykiske lidelser og omfattende rusbruk. Flere tar opp at de ofte møter beskrivelser fra spesialisthelsetjenesten om behov for skjerming fra rus eller ønsker om restriksjoner når det gjelder rus. En del er beskrivelser av behov for bemanning. Noen går inn på bygningsmessige forhold for å forebygge ødeleggelser og sikre brukere og ansatte. Det er flere som tar opp erfaringer med at boligene blir rasert eller ødelagt, enten av bruker selv eller av andre som er på besøk. Dette skaper store utfordringer i nabolaget. En skriver at det er behov for å ha rømningsveier for personalet. Det er noen av respondentene som skriver i tilbakemeldingen at de er i ferd med å etablere småhus, eller at de bygger særlig tilpassede og det de betegne som ekstra robuste botilbud. Respondenten i en kommune skriver at de har samlokaliserte boliger hvor det er etablert tiltak for ekstra sikring av personalet. I det ene av disse botiltakene er det også lagt til rette for å servere mat.

Det er én respondent som presiserer at det vil være brukere med forhøyet voldsrisiko som bor i egen bolig, som hadde boligen før de ble dømt til tvunget psykisk helsevern, eller før de kom inn under TUD. Denne respondenten kommenterer også på spørsmålet i spørreundersøkelsen om hvorvidt kommunen har noen boliger særlig tilpasset brukere med aggresjonsproblematikk eller voldsrisiko. De har noen slike boliger, men dette er de boligene som er *minst dårlige* til formålet. Dett samsvarer med de generelle tilbakemeldingene om behov for flere egnede og kvalitativt gode boliger for i brukere i disse kategoriene.

Ønsker om særlig tilpassede botilbud for personer alvorlige helseproblemer

I casestudien er det informanter som tar opp behovet for å utvikle nye botilbud i skjæringspunktet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det presiseres ofte av informantene at dette er tilbud for en liten gruppe brukere som ikke mestrer livet i egen bolig, og har svært dårlig helse og dårlige levekår som følge av dette. Det tas opp muligheten for å kunne tilby et hjem med mest mulig personlig autonomi, og samtidig ivareta hensyn til sikkerhet og rammer som kan fremme trygghet, mestring og helse. I praksis er dette beskrivelse av bolig med institusjonsrammer. Hensikten med å ha spesialisthelsetjenesten inne er å sikre muligheten for å ivareta hensyn til behandling, men samtidig bevare de kommunale tjenestene som grunnlaget i tilbudet.

Et annet type tiltak som tas opp er kommunale institusjoner, hvor bruker betaler et vederlag og får alt de har behov for. Også dette forutsetter at bruker ønsker et slikt tilbud. Det som fremheves er muligheten for ivaretagelse av helse- og omsorgsbehov, og brukerens kostholdsbehov og ernæring. Det vises til at det finnes kommuner som har den type tilbud, men at det er lite utbredt innenfor psykisk helse. En kommune sier at de har slike tilbud for personer med rusproblemer, regulert etter forskriften for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Denne type tiltak vil ikke løse behovet for skjerming eller gi mulighet for begrensning i brukerens livsførsel. Dette

vil være tiltak som i praksis innebærer bruk av tvang og følgelig ikke er hjemler for i det kommunale lovverket.

I tre av casekommunene tar informanter opp psykiater Randi Rosenqvists forslag om å utvikle egne sikkerhetshjem². Det er ulike vurderinger av dette forslaget. Noen av informantene er bekymret for at dette blir nye institusjoner, og mener det er viktigere å utvikle mer helhetlige tilbud ute i kommunene, og mer støtte til mestring av livet ute i lokalsamfunnet. Andre er opptatt av at det bør ses nærmere på behovet for denne type boliger for en liten gruppe brukere som de erfarer ikke får et hensiktsmessig tilbud i dag.

Spesialisthelsetjenestens vurderte behov for utskrivningsklare pasienter

I etablering av bo- og tjenestetilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse er det en utfordring at spesialisthelsetjenesten vurderer at det er behov for rammer som kommunen ikke har rom eller muligheter for å etterkomme. Det kan være å begrense tilgang til rusmidler, eller kontrollere at bruker ikke ruser seg. Det kan være begrensninger i bevegelsesfrihet, for eksempel at bruker ikke kan være ute om natta eller må være inne til visse tider. Dette er vilkår som er vanskelig å gjennomføre for kommunen, men som spesialisthelsetjenesten mener er avgjørende for å bidra til bedring og forebygge forverring. Selv om dette kan ha betydning for behandling og bedring, er det ikke rom for forvaltning av denne type tvangsmidler i kommunen.

Hensyn til enkeltpersoner, stigma, mulighet for normalisering, lokalsamfunn

Vi har vist at ansatte i kommunene er opptatt av muligheten for å kunne gjøre individuelle vurderinger av hva som er et egnet botilbud for den enkelte. I denne vurderingen inngår også hensyn til naboer og lokalsamfunn, og til den enkeltes mulighet til å være en del av dette lokalsamfunnet. En informant tar opp at det er utfordrende å etablere noen særlige boligløsninger og si at de er for denne spesifikke målgruppa:

Det som er den moderne tilnærminga nå er jo å bo mer integrert. Ikke si at hele det bygget der bor det folk som det er risiko med. Dette må spres litt. Ikke ha overopphopping noen steder. Kan ikke stå noen steder skriftlig at der i det botilbudet er det seks og der er det tre i den kategorien. Det er hele tiden en vurdering av hvem som kan bo sammen, og hvor mange som kan være der.

Informanten tar opp muligheten for å gi tilbud om bolig som gir grunnlag for at brukeren kan mestre livet ute i lokalsamfunnet, oppleve bedring og god livskvalitet. Om personer med omfattende helseproblemer blir henvist til å bo sammen med mange andre som har lignende utfordringer kan det bidra til at de hemmer hverandres bedring eller mulighet for å unngå forverring. Denne informanten er som flere andre, opptatt av betydningen av å ha mindre enheter, og mulighet til å ta hensyn til hvem som blir tildelt bolig i ulike bomiljøer. En del av dette er å tilrettelegge for å unngå utfordringer i nabolag og ytterligere stigmatisering av en sårbar gruppe.

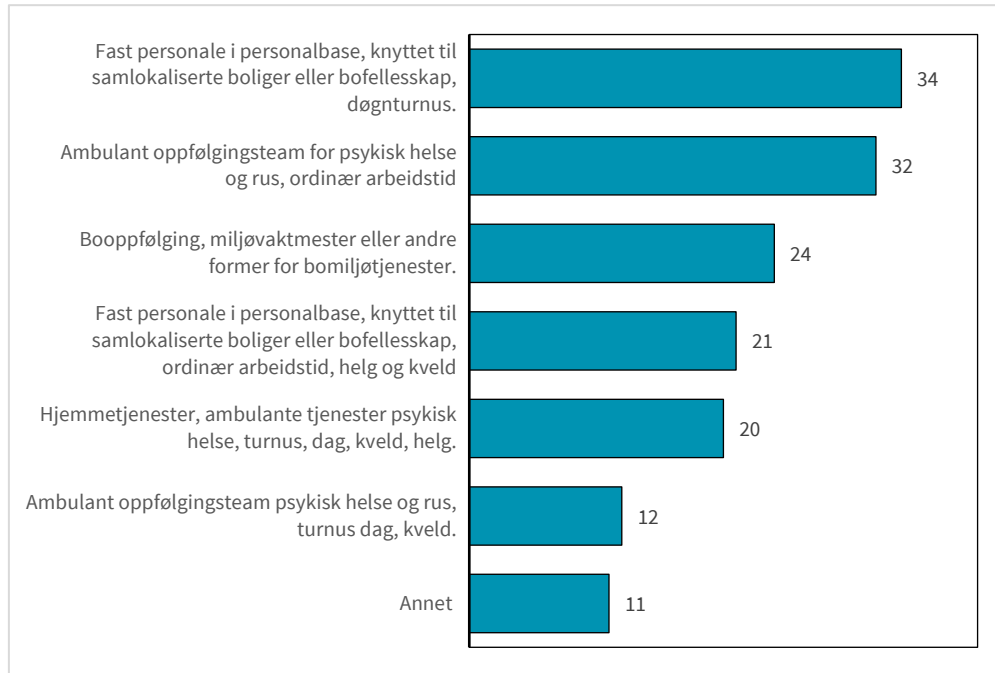
4.2 De kommunale tjenestene for målgruppa

For svært mange brukere er behov for tjenester en viktig dimensjon som påvirker hvilket botilbud som er aktuelt. Tjenestebehov blir ofte en driver for valg av boformer som bofellesskap og samlokaliserte boliger. Dette skyldes at de ofte ligger med

² <https://rop.no/aktuelt/onsker-sikkerhetshjem-for-de-sykeste/>

tilgang til personalbaser eller har tilknyttet personale. Samtidig er det som vist over, i svært mange kommuner slik at brukere i målgruppen bosettes i ordinære kommunale utleieboliger og mottar ambulante tjenester. I figur 4.2 viser vi hvilke tjenester kommunene oppgir at de har tilgjengelig for målgruppen.

Figur 4.2 Tilgjengelige tjenestetilbud i kommunen som er aktuell for oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rus, og vurdert forhøyet voldsrisiko. Flere svar mulig. Absolutte tall. (n = 42)



34 av 42 kommuner oppgir at de har fast personale som går i døgnturnus knyttet til samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Det vil si at de har noen botilbud i kommunen hvor det er tilgang til personale hele døgnet. Nesten like mange sier at de har ambulant oppfølgingsteam for psykisk helse og rus som benyttes for målgruppen, men som bare er tilgjengelig innenfor ordinær arbeidstid. Det er færre, 12 kommuner, som har ambulante oppfølgingsteam innenfor psykisk helse og rus, som jobber turnus slik at de er tilgjengelig også på kvelden. Alternativet noen steder er at det er hjemmetjenester eller andre ambulante tjenester innenfor psykisk helse, som er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid. Vi ser likevel at dette gjelder under halvparten av kommunene. Av de åpne tilbakemeldingene er det to kommuner som presiserer at den ordinære hjemmetjenesten vil kunne gi tjenester til målgruppa på kveld og i helgene. To kommuner presiserer at de har ordninger med at ansatte i botiltak med døgnbemanning også gir oppfølging til noen brukere i egne boliger. I majoriteten av kommunene er det i utgangspunktet ikke tilgjengelige tjenester utover ordinær arbeidstid for brukere i målgruppen som bor i ordinære boliger.

I casestudien ble vi kjent med flere kommunale enetiltak med fast tilknyttet personale. Det er en kostnadskrevende løsning. Behov for tett oppfølging vil mange steder være en driver for etablering av samlokaliserte boliger. En informant i en kommune sier det slik om at det er dyrt med enetiltak for brukere med omfattende behov:

Vi er nødt til å samle brukerne på et sted for å ha en robust tjeneste. Og de utgjør en trussel for de ansatte – så [det] må være et sted som er godt bemannet, og hvor man kan ta høyde for de hendelsene som skjer.

I flere kommuner er det primære tilbudet ambulant oppfølging enten fra psykisk helsetjenester eller fra egne rus og psykisk helseteam. Flere kommuner har utviklet egne ambulante team som følger opp brukere. I de åpne tilbakemeldingene er det to kommuner som skriver at de har Housing first-team som er aktuell for målgruppa. En annen kommune skriver at de har et ambulant rusteam som er involvert i oppfølging av målgruppa. Som vi skal komme tilbake til har mange kommuner tilgang til ambulante behandlingsteam for målgruppa, og et samarbeid med spesialisthelsetjenesten om såkalte FACT³-team. En kommune oppgir at de kjøper flere plasser til brukere med omfattende tjenestetilbud i en privat omsorgsinstitusjon. Som vi skal komme tilbake til er det flere kommuner som kjøper tjenester.

Mulighetsrom for oppfølging av brukere avhenger av hvorvidt personen bor i en ordinær bolig med ambulant oppfølging, eller om vedkommende bor i samlokaliserte boliger med personalbase i nærheten eller et bofellesskap med tilknyttet personale. Brukere som bor tett på en personalbase med en viss bemanning vil ha større muligheter for tett oppfølging og bli sett i hverdagen. Det øker muligheten for at tjenestene kan være fleksible og tilpasse oppfølging etter brukernes behov. Samtidig vil denne type personalbasers bemanning være basert på brukernes vedtak om tjenester, og fleksibilitet avhenger av en viss personaltetthet.

Ambulant oppfølging på dette området er ofte svært fleksibel. Den åpner også for at brukeren har større mulighet for å trekke seg tilbake fra tjenestene og ha større autonomi i eget liv. I casekommunene fikk vi høre om team som praktiserte stor grad av fleksibilitet og tilpasning av tjenester til brukernes behov. En kommune forteller at de har arbeidet med utvikling av tjenestene og går over til en modell for rus og psykisk helseteam hvor de skal jobbe mindre vedtaksbasert, og ha større mulighet for individuell tilpasning og fleksibilitet ut fra brukerens behov.

I kommuner hvor det primære tilbudet er egen ordinær bolig med ambulant oppfølging beskriver flere informanter at de i perioder kan gi tett oppfølging. Informanter i en kommune forteller at de har brukere i målgruppa hvor de er hos personen to ganger i døgnet, men i perioder kan de være der opptil fire ganger i døgnet. Generelt observerer vi en utstrakt fleksibilitet i disse teamene. Denne type fleksibilitet beskrives av flere som helt avgjørende for å kunne utøve tjenester til målgruppa. En vesentlig dimensjon ved kommunale helse- og omsorgstjenester er at det er frivillig å motta dem. Det betyr at mange tjenester innenfor psykisk helse og rusarbeid bruker mye tid på å skape en relasjon og komme i posisjon til at brukeren ønsker å ta imot tjenester. En informant fra et kommunalt ambulant team beskriver hvordan dette kan foregå:

Så er det frivillig å ta imot oss – det er frivillig – så vi kommer ofte til kort [...] Hva gjør vi da? Prøver på nytt, benytter kunsten å overtale, prøver på nytt neste dag, sender noen andre. Vi gjør mye for å komme i posisjon. I kommunen så driver vi vanligvis ikke og kjører rundt på pasienten, men pasienten med denne type vedtak tar vi i bilen og kjører tur med, vi gjør mye for å komme i posisjon, gjør lystbetonte ting for å lage allianser med bruker.

Det er flere informanter som beskriver utfordringen med at brukere ikke ønsker å ta imot hjelp. En informant forteller om en erfaring med en person utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn som bodde på midlertidig bosted og ikke ville ta imot hjelp eller bistand til å etablere seg i egen bolig. Resultatet ble at personen ble innlagt igjen. En pasient under tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon kan i henhold til forskriften, ikke bo i midlertidig bolig.

³ Fleksibel aktiv oppsøkende behandling.

For mange brukere vil flere tjenester inngå i et samlet opplegg. Det er tjenester knyttet til bolig, det kan være oppfølging fra kommunalt psykisk helse- og rusteam, fra hjemmetjenester, og fra NAV, og i tillegg poliklinisk eller ambulant oppfølging fra DPS. I tillegg kan både politi og legevakt være aktører som kjenner til bruker. Som vi kommer tilbake til i kapittel 6 er kommunene opptatt av god planlegging og en konkret plan for opplegget etter utskrivelse. Utover disse helse- og omsorgstjenestene er det noen få kommuner som i de åpne tilbakemeldingene tilføyer at de har arbeidsrettede tiltak, aktivitetssenter og blant annet tilbudet IPS, Individual placement and support, for å hjelpe personer med psykiske lidelser ut i arbeidslivet. I casekommunene er det også noen av informantene i førstelinjen som er opptatt av behovet for mer ressurser i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for å kunne bidra til meningsfylt livsinnhold for brukerne.

Ønsker for å tilby et bedre tjenestetilbud

Det er vanlig å påpeke behov for mer ressurser til tettere oppfølging i kommunene, mulighet for å gi tjenester som er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid, og som vist over, behov for enkelte botilbud med heldøgnbemanning. I tillegg er det ønsker om bedre tilgang til ambulante behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Informanter i noen av casekommunene er opptatt av at etter ordinær arbeidstid er det bare hjemmetjenesten som er tilgjengelig av de ambulante tjenester i kommunen. Det betyr også at de ofte gir tjenester til målgruppen, uten at de nødvendigvis har kompetanse eller opplever seg klar til å håndtere denne brukergruppen. En informant i psykisk helse og rus i en av casekommunene sier de ønsker seg ressurser til å kunne gi veiledning til hjemmetjenesten for hvordan de skal forholde seg til denne brukergruppen. Det er få kommuner i utvalget som har egne psykiatriske hjemmetjenester.

I noen av casekommuner beskriver informanter et stort og økende press på legevakten i kommunen av personer med alvorlige psykiske helseplager, rus og hvor det er forhøyet voldsrisiko. For mange er legevakten den eneste tjenesten som er tilgjengelig på kveld og på natt. Informanter ved legevakten i en kommune beskriver stort press. De må ofte hente politi for å passe på pasienter, og det er utfordringer med å skjermes øvrige besøkende fra personer som er svært psykisk syke og ruset.

Det er mange av tilbakemeldingene med ønsker om å utvikle et større spekter av halvannenlinjetjenester. FACT er et eksempel på det, der kommune og spesialisthelsetjeneste har pasient og bruker sammen. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 6. Dette gjelder også ønsker om mer spesialiserte team for brukere med sikkerhetsproblematikk. Ofte vil FACT-teamene ha begrenset kapasitet og følger bare opp et fåtall av brukerne i målgruppa.

En rekke av tilbakemeldingene fra informanter i kommunene handler om ulike former for tilgang til kompetanse og tjenester hele døgnet og i helgene, en konsekvens av lavere døgnkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Flere påpeker at det er stadig flere med omfattende helseproblemer som bor ute i kommunene.

Spesialisthelsetjenestens vurdering av tjenestebehov

Når en person dømt til tvunget psykisk helsevern eller en person med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko skrives ut til TUD, vil behovet for helse- og omsorgstjenester i kommunen bli vurdert. Kommunen skal gi et forsvarlig tjenestetilbud. Her kan det oppstå uenigheter mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om hva dette er. Som vist blir det ofte etterspurt tilgang til heldøgnbemanning. Ifølge informanter i kommunen er noen av de tjenestene som beskrives tilsyn, og ikke helse- og

omsorgstjenester. Det blir beskrevet et behov for å følge med på brukerne, at de blir fulgt dersom de skal ut, at det er noen tilstede i boligen, eller i tilknytning til boligen, at det blir fulgt med på når personen kommer og går. En kommune beskriver en situasjon hvor brukeren før den alvorlige hendelsen som førte særreaksjonen dom tvunget psykisk helsevern, hadde vedtak om 10 timer oppfølging. Vedkommende mestret selv det meste i egen leilighet. Ved utskrivelse ble vedkommende beskrevet å ha behov for heldøgnbemanning selv om det etter kommunens vurdering var liten endring i brukerens funksjonsnivå. Ifølge kommunen var behovet ikke helse- og omsorgstjenester, men tilsyn for å ivareta samfunnsvern. Dette fremstår som noe av kjernen i de ulike vurderinger av behov mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

4.3 Kjøp av bo- og tjenestetilbud

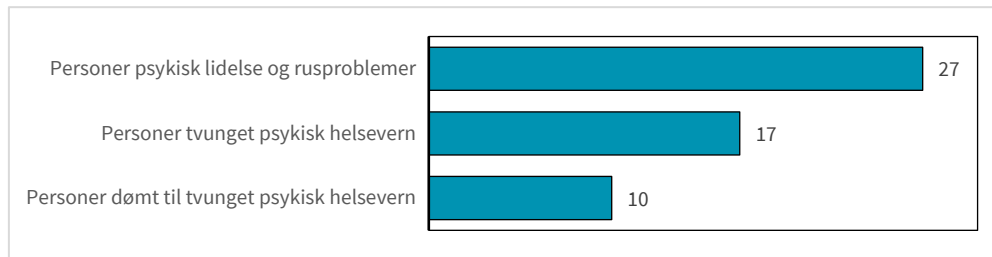
Casestudien viser at flere kommuner kjøper tjenester av private aktører eller av andre kommuner til noen brukere. I alle casekommunene er kjøp et supplement når kommunen ikke klarer å etablere et tilbud som dekker brukernes behov. I en av casekommunene er det en prosess i gang for kjøp av et bo- og tjenestetilbud til en bruker dømt til tvunget psykisk helsevern. Dette skyldes dels at kommunen ikke har et botilbud som dekker behovene spesialisthelsetjenesten har beskrevet, og delvis en vurdering av at det på tidspunktet ikke vil være hensiktsmessig for bruker å komme tilbake til kommunen på grunn av tidligere hendelser. I oversikten under viser vi hvor mange av de 42 kommunene i spørreundersøkelsen som oppgir at de kjøper ulike typer av tjenester til målgruppen.

Tabell 4.1 Antall kommuner som kjøper ulike tilbud Flere svar mulig. (n = 42)

Kjøp av eksterne plasser i private (kommersielle eller ideelle) bo- og behandlings eller omsorgstilbud.	28
Kjøp av bo- og tjenestetilbud fra andre kommuner/bydeler	7
Kjøp av oppfølgingstjenester (miljøterapi/booppfølging)	9

Mange kommuner, 28 av 42 i spørreundersøkelsen, sier at de kjøper eksterne plasser til målgruppen i kommersielle eller ideelle private () bo- og behandlings- eller omsorgstilbud. I casestudien observerte vi at kommunene primært sørget for bo- og tjenestetilbud til målgruppen i egen regi, men nesten alle kjøpte i tillegg noen private plasser. For noen casekommuner er det en målsetting å avvikle en tidligere praksis med kjøp av mange plasser innenfor psykisk helse og rus, men de kjøper fortsatt enkeltplasser. I figur 4.3. ser vi at det er flest som kjøper plasser til personer med alvorlig psykisk lidelse, samtidig rusproblemer, og vurdert forhøyet voldsrisiko. Det er færrest som oppgir at de kjøper plasser til personer dømt til tvunget psykisk helsevern, 10 av de 29 kommunene som har brukere dømt til tvunget psykisk helsevern kjøper private plasser. Det er flere som kjøper plass til personer utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko.

Figur 4.3 De kommunene som kjøper eksterne plasser i bo- og behandling/omsorgstilbud fra private kommersielle og ideelle leverandører, hvilke grupper gjelder dette. Flere svar mulig. (n = 28)

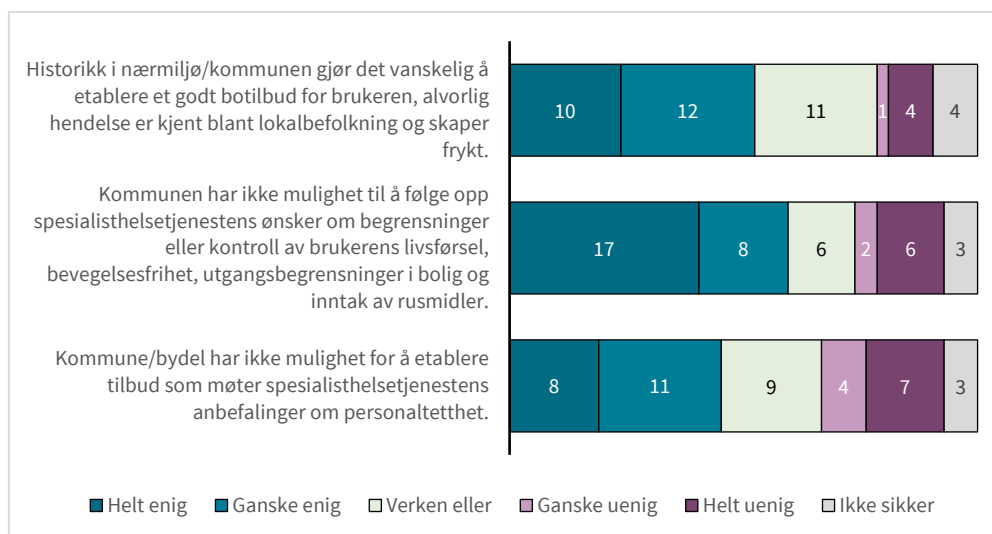


Det er ingen vesentlige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, i hvorvidt det kjøpes private plasser men det er de største kommunene som oftest kjøper plasser til flere brukere. Alle bydelene i Oslo, bortsett fra én kjøper eksterne private bo- og tjenestetilbud til brukere. Av de 28 kommunene som kjøper private bo- og tjenestetilbud er det fem som kjøper tilbud til bare én bruker. Ytterligere seks kjøper til to til tre brukere. Det er med andre ord mange som kjøper til et fåtall brukere. På den andre siden er det ni kommuner som kjøper private tilbud til flere enn ti brukere. Dette er store kommuner og flere av bydelene i Oslo.

Det er syv kommuner som oppgir at de kjøper bo- og tjenestetilbud fra andre kommuner. Som vist i kapittel 3 er dette de kommunene med flest brukere i kategoriene vi undersøker. Tre av disse er bydeler i Oslo som kjøper av andre bydeler. De øvrige fire er mindre kommuner. Alle kjøp gjelder et fåtall brukere, bortsett fra én som kjøper tilbud til mellom 7 og 10 brukere. .

Ni kommuner oppgir at de kjøper oppfølgingstjenester som miljøterapi og oppfølging. Det er ofte snakk om bo- og tjenestetilbud i kommunen driftet av frivillige organisasjoner, eller personer i kommunale boliger som mottar oppfølging av private aktører. Det er tre som kjøper denne type oppfølgingstjenester til personer som er underlagt dom til tvunget psykisk helsevern, tre til personer utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn, og alle ni kommunene/bydelene kjøper til personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rus, og en forhøyet voldsrisiko. De fleste kjøper denne type tjenester til et fåtall brukere, mens tre kommuner kjøper oppfølging til flere.

Figur 4.4 Årsak til kjøp av bo- og tjenestetilbud til målgruppa fra eksterne private aktører eller andre kommuner. (n = 42)



Det er flest kommuner som peker på at årsaken til at de kjøper fra eksterne aktører eller bo- og tjenestetilbud i andre kommuner, er at de ikke kan følge opp spesialisthelsetjenestens ønsker om begrensninger eller kontroll av brukeren. Halvparten av kommunene svarer at hensyn til brukerens historikk i nærmiljøet og kommunen gjør det vanskelig å etablere et godt botilbud, at det er alvorlige hendelser som er kjent blant lokalbefolkning og som skaper frykt. Begge disse årsakene er kjent fra casestudien. Det er også en del som sier at kommunen ikke har mulighet for å følge opp spesialisthelsetjenestens anbefalinger om personaltetthet for brukeren. I casestudien hørte vi om alle disse begrunnelsene for kjøp av tilbud fra private, andre kommuner eller ideelle aktører.

Mer enn halvparten av kommunene har benyttet muligheten til å utdype hvorfor de kjøper eksterne plasser. De tar opp manglende egnede botilbud i kommunen, manglende tilbud med heldøgntjenester og tilstrekkelig personaltetthet, og de tar opp hensyn til samfunnsvern. Noen tar opp at de mangler botilbud eller bygningsmasse som er egnet til å ivareta ansattes sikkerhet. To sier at de er i prosess for å utvikle egne tilbud. De skriver i begrunnelsen at de opplever at tilbudene de kjøper ikke har en god nok kvalitet, og vil derfor heller satse på å utvikle egne.

En kommune skriver at de har brukere som har helseproblemer som gjør at de blir en kasteball mellom psykiatri og rusbehandling, og at aggressiv atferd gjør at det blir særlig krevende å håndtere dem både innenfor lokalt psykisk helsearbeid, for lokal legevakt og politi. Dette er brukere de har kjøpt plasser til.

En av kommunene skriver at de tidligere var mer liberale med å kjøpe plasser. Nå har de bosatt de fleste i kommunen. Samtidig har de enkeltbrukere hvor det fortsatt er vanskelig å få til en trygg bosetting i kommunen, ofte knyttet til vold og vurdert fare for andre. Lignende utdypninger er tilfeller hvor de har kjøpt plass fordi det er behov for å etablere bruker med avstand til tidligere voldsoffer, eller at det er behov for avstand til rusmiljø og mulighet for å begrense tilgang til rus. Vi kjenner igjen virkelighetsbildet fra kapittel tre når det gjelder hvilke brukergrupper det kan være særlig utfordrende å gi tjenester til.

4.4 Krav til kommunens bolig- og tjenestetilbud som følge av hensyn til samfunnsvern

Når personer dømt til tvunget psykisk helsevern skrives ut fra døgningstusjon stilles det krav til bo- og tjenestetilbud. Ofte er det behov for boliger med døgnbemanning. I diskusjonene om hvilket bo- og tjenestetilbud personen har behov for kan også statsadvokaten, eller premisser i dommen, definere hva som er et forsvarlig tilbud.

Kommunene gir eksempler på begrenset informasjon til kommunen om de vurderingene som er gjort om hva som vil være et tilstrekkelig tilbud. Kommunen får ikke innsikt i dialogen med statsadvokat. En kommune forteller at de hadde gitt tilbud om bolig hvor det var tilknyttet bemanning, men det ble avslått som ikke godt nok. Det ble ikke gitt begrunnelse bortsett fra at det ikke er fellesarealer og ikke måltidsservering fire ganger om dagen. Dette kan vurderes som et eksempel på manglende kjennskap til hva som utgjør det kommunale bo- og tjenestetilbudet. Flere informanter tar opp at det etterspørres institusjonslignende tilbud, selv om utskrivelse fra døgningstusjon skal være en overgang til et liv i egen bolig. Når brukere defineres å ha behov for måltidsservering og døgnbemanning ligger behovet som beskrives tett opp til et institusjonstilbud. En informant sier «det er jo ikke sånn folk skal leve livene sine ute», og stiller spørsmålsteget ved hvorfor statsadvokaten avviser et tilbud fordi det mangler matsservering og fellesarealer. Tilsier samfunnsvernet at det er behov for

denne typer rammer rundt livet, så vil det i praksis si at det er behov for et institusjonstilbud. I et annet tilfelle har det blitt beskrevet i at pasienten fungerte godt i fengsel, og at det derfor er behov for et lignende tilbud. Det vi ser av disse ulike beskrivelsen er ønsket om at kommunene skal etablere rammer rundt brukeren som ligger tett opp til et institusjonstilbud med mulighet for kontroll, faste rammer og, mat. I materialet forøvrig ser vi også at det for noen av brukerne ute i kommunen, etterspørres mulighet for tettere oppfølging og mat. Dette presiseres ofte av kommunalt ansatte å være en svært liten gruppe, men en gruppe som i dag får et lite egnet tilbud.

4.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi vist at muligheten for å tilrettelegge for egnede bo- og tjenestetilbud kan påvirkes både av kommunestørrelse og av hvor utviklet tilbudet er i kommunen.

Undersøkelsen indikerer at det er behov for et differensiert botilbud, mer enn én spesifikk typer boliger for målgruppa. I noen kommuner er ordinære kommunale utleieboliger det tilbudet de har tilgjengelig, mens andre også har samlokaliserte boliger og bofellesskap. Behovet for tilgang til personale og tett oppfølging ser ut til å utgjøre en driver for samlokaliserte boliger og bofellesskap. Samtidig er det kommuner som påpeker at tett samlokalisering av personer med omfattende helseproblemer og ofte rusproblemer, er noe som kan skape mange utfordringer og hemme brukeres bedringsprosess. Brukerne har ulike behov, og dersom kommunene skal kunne tilrettelegge for en egnet boligsituasjon for alle, har de behov for et variert botilbud.

I kommunenes tilbakemelding ser vi at det er ulike hensyn som skaper utfordringer når det gjelder botilbud for målgruppen. Det handler om lokalisering, hensyn til naboer og lokalsamfunn, tilgang til personale og tilpasning av bygg for å ivareta sikkerhet og forebygge ødeleggelser. Det blir tatt opp behov for tilpassede boligløsninger som er utformet med særlig henblikk på å forebygge ødeleggelser og ivareta hensyn til sikkerhet for ansatte og beboere.

De fleste kommunene i utvalget har en rekke tjenester tilgjengelig for målgruppen, men det er også her variasjon mellom kommuner, og særlig mellom kommuner av ulik størrelse. Mange kommuner har personale i døgnturnus i personalbaser tilknyttet bofellesskap eller samlokaliserte boliger. Det er etter hvert mange kommuner som har ambulante oppfølgingsteam innen psykisk helse og rus tilgjengelig innenfor ordinær arbeidstid.

Ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten blir det ofte beskrevet behov for boliger med heldøgnbemanning, men også behov for kontroll, overvåkning og begrensninger i pasientens livsførsel. I kommunene vil dette være krevende å tilfredsstille. Omfattende og sammensatte behov, behov for heldøgnbemanning, skjerming og kontrolltiltak fører til kjøp av private bo-, behandlings- eller omsorgstilbud. 28 av 42 kommuner kjøper plasser til brukere i målgruppen fra private aktører. 10 av 29 kommuner som har brukere dømt til tvunget psykisk helsevern kjøper eksterne plasser. Kommuner i alle størrelsesgrupper kjøper plasser. Noen kjøper plasser til enkeltbrukere, men det er også kommuner som kjøper mange eksterne plasser. Noen tar opp at de har en ambisjon om å avvikle kjøp av plasser. Dette knyttes særlig til vurdering av kvalitet på eksterne tilbud og høye kostnader. Det er flest kommuner som peker på at årsaken til at de kjøper plasser fra eksterne aktører er at de ikke kan følge opp spesialisthelsetjenestens ønsker om begrensninger og kontroll.

Kommunene peker generelt på behov for mer ressurser til tettere oppfølging, mulighet for å gi tjenester som er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid, og behov for enkelte botilbud med heldøgnbemanning. I tillegg er det mange som ønsker bedre tilgang til ambulante behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten.

5 Tilnærming til voldsrisiko og voldsrisikohåndtering

Håndtering av voldsrisiko og sikkerhet i kommunal sammenheng har helt andre betingelser enn innenfor spesialisthelsetjenesten. Både de fysiske og juridiske rammene er svært annerledes. I kommunen vil det i hovedsak praktiseres det vi kan kalle dynamisk sikkerhet (Hansen & Bråthen, 2022, s. 129). Det er sikkerhet forvaltet gjennom mellommenneskelige relasjoner. Det er i liten grad mulig eller forutsetning for, statisk sikkerhet i form av avgrensede områder, fysiske hindre, begrensninger av livsførsel og overvåkning.

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan ansatte i kommunene tilnærmer seg voldsrisiko og praktiserer voldsrisikohåndtering. Vi ser både på hvilken kompetanse som er tilgjengelig i kommunene, ulike verktøy og praksiser for å ivareta hensyn til brukeres, ansattes og nabolagets sikkerhet.

Relasjonelt arbeid som voldsforebygging

I casestudien ble det tydelig at det vanligste tiltaket for å håndtere forhøyet voldsrisiko er forsterket bemanning. Det vil si at det foretas vurderinger av når det er nødvendig med to personer samtidig i ambulante tjenester, og hvor mange ansatte som må være jobb samtidig i personalbaser og i botilbud med tilknyttet bemanning. Det er en rekke tjenester i kommunen som er utformet med tanke på at det er tilstrekkelig at en person møter brukeren. Dette gjelder for eksempel hjemmetjenesten, hvor det er én hjemmesykepleier som reiser rundt til brukerne, mens det ved en vurdert forhøyet voldsrisiko vil være to. I casestudien så vi hvordan flere ambulante team innenfor psykisk helse- og rus, var dimensjonert slik at de kunne foreta vurderinger av når det ville være behov for å gå flere personer til én bruker.

Mottak av kommunale tjenester er basert på frivillighet. Vektlegging av relasjonelt arbeid er selve grunnpilaren i kommunalt psykisk helse og rusarbeid, både for å komme i posisjon til å gi tjenester, men også for å forebygge vold og aggresjon. Det krever tid og ressurser. Å bli kjent med brukeren, og etablere tillit, kan gi grunnlag for å vite hva som trigger aggresjon, hvordan unngå konflikt og kunne identifisere forverring. Flere av informantene som jobber i førstelinjen understreker betydningen av relasjonelt arbeid for håndtering av voldsrisiko. En av informantene sier at det er en viktig del av deres tiltak for å håndtere voldsrisiko at de utvikler en god relasjon til bruker og at de klarer å komme i posisjon til å gi tjenester. Kjennskap til bruker er viktig for å kunne se utvikling og bidra til trygghet. Utrygghet hos bruker og hos ansatte kan bidra til at situasjoner eskalerer og blir farlige.

5.1 Kompetanse på voldsrisikovurdering- og håndtering

Det varierte mye hvor stor oppmerksomhet casekommunene viet kompetanse på voldsrisikovurdering- og håndtering. Alle hadde noen typer tiltak, men det varierte i hvilken grad de hadde hatt systematiske tiltak for kompetanse hos ansatte i tjenestene. Flere tar opp at det er et problem å rekruttere personer og at det generelt er

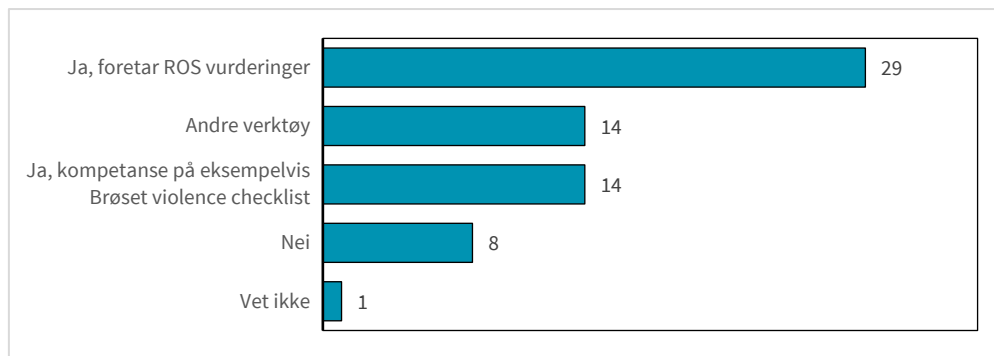
vanskelig å rekruttere personer med relevant utdanning og kompetanse for å jobbe med målgruppen.

Det er spesialisthelsetjenestens ansvar å gjennomføre strukturerte voldsrisikovurderinger av pasienter med alvorlig psykisk lidelse (se Helsedirektoratets nasjonale faglige råd Voldsrisiko ved alvorlig psykisk lidelse). Vi vil komme tilbake til kommunenes erfaring med tilgang til tilstrekkelige voldsrisikovurderinger ved utskrivelse av personer til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon. De fleste kommuner har systemer for identifisering av voldsrisiko innenfor sitt psykisk helse- og rusarbeid.

Systematikk for voldsrisikovurdering

Mange kommuner har kompetanse og systematikk for voldsrisikovurdering innenfor psykisk helse- og rusarbeid. De aller fleste kommuner, 38 av 42, sier at de foretar en eller annen form for strukturerte voldsrisikovurderinger, og det mest utbredte er Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser).

Figur 5.1 Foretar kommunen strukturerte voldsrisikovurderinger. Flere svar mulig. (n = 42)



I casestudien ble vi kjent med at mange kommuner benytter ROS analyser. Informanter i noen kommuner sier de har systematikk og gode rutiner for bruk av dette verktøyet, mens andre sier at de må jobbe med å få bedre rutiner for god bruk av disse analysene. Ut fra casekommunene ser vi at det er kommuner som har egne skjemaer utviklet for disse analysene, og at de oppdateres jevnlig. Det foretas ROS-analyser for enkeltbrukere, og for tjenester, spesifikke botilbud og tiltak. Det er kommuner som har praksis på at de skal foretas ROS-analyse med enkeltbrukere før de får oppfølging av ambulerende team, og i forbindelse med tildeling av bolig.

Ved utskrivelse fra døgnopphold i psykisk helsevern kan informasjon fra omfattende HCR-20-kartlegginger gi viktig grunnlagsinformasjon til de kommunale ROS-analysene. Det er eksempler på kommuner som sier de har systematikk på at sykehuset gjør HCR-20-vurderinger og kommunen gjør ROS-analyser. På tjenestenivå er det også eksempler på at politiet gjør voldsrisikovurderinger som de deler med de kommunale tjenestene.

En informant sier at de benytter kartleggingene for å systematisk vurdere ulike situasjoner, og blant annet gjøre konkrete vurderinger av når de må være to under besøk. Det er også eksempler på tjenester i kommunen som har invitert ansvarlige som har gjort HCR-20-vurderinger i spesialisthelsetjenesten for å gi veiledning om hvordan ansette i botilbud hvor brukeren bor skal følge opp vurderingene fra risikovurderingen.

I figur 5.1. så vi at 14 kommuner har kompetanse på systematiske voldsrisikovurderingsverktøy som Brøset violence checklist (BVC). I casestudiene er det også to kommuner som har erfaring med dette, og informanter i enkelttjenester sier det har vært nyttig, at de har fått et verktøy for å følge opp utvikling i symptomtrykk og se

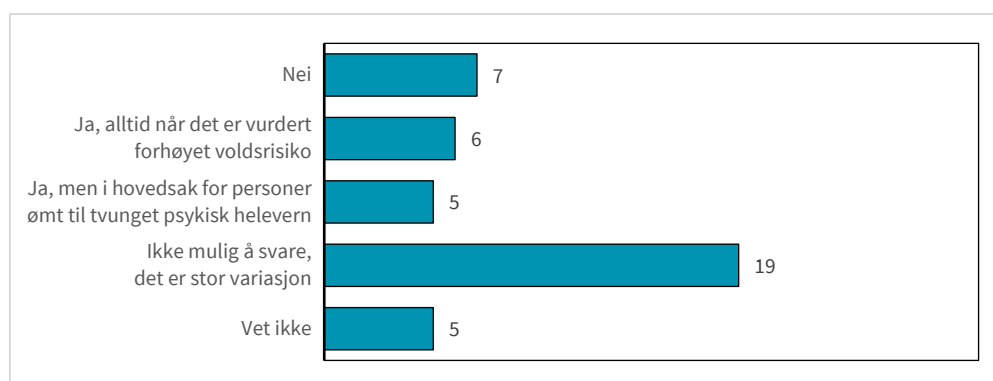
når det er behov for å sette inn tiltak. Det er også 14 kommuner som har svart at de har andre verktøy, og i skjemaet spesifisert hva dette er. For flere gjelder dette at de har ansatte med kompetanse i Vivo 1 og 2 (voldsrisikovurdering og håndtering), og V-Risk (voldsrisikosjekkliste). Også dette ble vi kjent med gjennom casestudien. Informanter i én kommune sier at de bruker V-risk i noen tilfeller internt. Dette er innledende voldsrisikovurderinger, som også kan indikere om det er behov for å be spesialisthelsetjenesten om en mer omfattende klinisk vurdering. Det er enkeltkommuner som har oppgitt at de har ansatte med kompetanse på verktøy og veiledere for omfattende kliniske risikovurdering, som HCR-20 og START. Dette er verktøy som anvendes i spesialisthelsetjenesten. En kommune oppgir at de har psykologspesialist i tjenesten som kan bidra med voldsrisikovurderinger.

Kommunene har vanligvis ikke kompetanse på å gjøre omfattende HCR-20 vurderinger (se Helsedirektoratet, faglige nasjonale råd om voldsrisikovurderinger av personer med alvorlig psykisk lidelse). Dette krever rammer og kompetanse som spesialisthelsetjenesten forvalter. Voldsrisikovurdering av personer med alvorlig psykisk lidelse er også deres ansvar. Samtidig er informasjon fra slike vurderinger av stor betydning for kommunene når de skal ta imot personer som utskrives til tvunget psykisk helsevern uten døgn.

Tilgang til voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten

Casestudien viste svært varierende erfaringer med tilgang til voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten. I noen kommuner sa informantene at dette var vanskelig å få tilgang til, og at de oftest fikk svært begrenset informasjon og kun en generell farlighetsvurdering. Andre kommuner fortalte at de hadde godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om tilgang til voldsrisikovurderinger, og at de også i noen tilfeller hadde bedt om voldsrisikovurderinger på brukere med alvorlig psykisk lidelse etter varsler fra naboer om bekymring for vold. Dette hadde blitt fulgt opp og de hadde fått en ny vurdering. Andre erfarer at det å få oppdaterte voldsrisikovurderinger er vanskelig å få gjort. Slike vurderinger er ressurskrevende, og de erfarer at det er vanskelig å få spesialisthelsetjenesten til å prioritere det. Som svært mange andre tema som tas opp i dette prosjektet er det svært varierende praksis. Flere tar opp at kommunale voldsrisikovurderinger er avgrenset og at flere verktøy, som BVC, forutsetter at det er en kjent utredet problematikk. Figur 5.2. viser hvorvidt kommunene får tilgang til voldsrisikovurdering fra spesialisthelsetjenesten når personer meldes utskrivningsklar, og med behov for bolig og tjenester. 19 av 42 svarer at det er så stor variasjon at det er umulig å svare.

Figur 5.2 Får kommunen tilgang til voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten når personer meldes utskrivningsklar og med behov for bolig og tjenester? (n = 42)



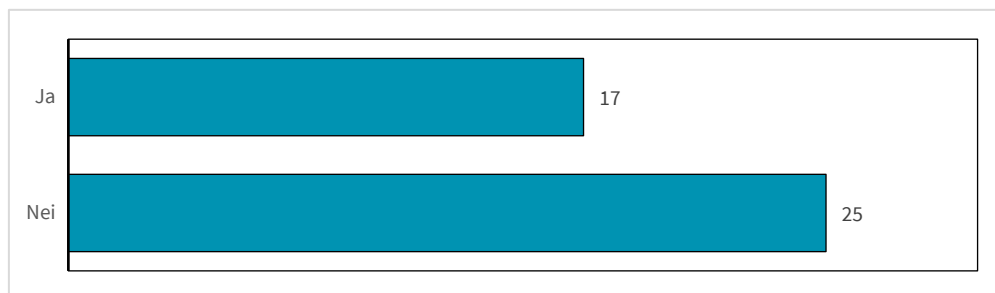
Det er syv kommuner som svarer at de ikke får tilgang til voldsrisikovurderinger når personer i målgruppen meldes utskrivningsklar og med behov for bolig og tjenester. Seks kommuner sier de alltid får tilgang til voldsrisikovurderinger, mens fem sier de får det bare for personer dømt til tvunget psykisk helsevern.

23 kommuner har valgt å kommentere tilgang til voldsrisikovurderinger. Én kommune skriver at tilgang til voldsrisikovurderinger fungerer godt. Flere av kommentarene dreier seg derimot om vansker med å få tilgang, at de må etterspørre voldsrisikovurderinger, at det kan være utfordrende å få tilstrekkelig informasjon, og at informasjon om voldsrisiko kommer sent i utskrivelsesprosessen. Det er også kommentarer som går på kvalitet i vurderingene, og erfaringer med at det ikke foretas voldsrisikovurderinger. Et siste forhold er at flere kommenterer at det ikke gjøres oppdaterte voldsrisikovurderinger ved utskrivelse, og at voldsrisikovurderinger ikke tar hensyn til den lokale konteksten pasienten skal skrives ut til. En av kommunenes kommentarer oppsummerer flere av disse forholdene:

Voldsrisikovurderingene kan komme i utskrivingsmøtet. Det er for sent. Vi trenger dette for å planlegge helsehjelp. Saksbehandlerne sier at de må etterspørre voldsrisikovurderingene, og flere ganger er det ikke gjort en vurdering. Voldsrisikovurderingen blir også gjort for oppholdet på post med de rammene som de har, og ikke i samarbeid med kommunen.

Spørreundersøkelsen viser at det er 17 av 42 kommuner som blir involvert i voldsrisikovurderinger i spesialisthelsetjenesten ved at det innhentes informasjon om brukerens fungering i nærmiljø og bomiljø. 25 av kommunene har ikke den erfaringen. Igjen ser vi mønsteret med svært varierende praksis mellom helseforetak i samarbeidet med kommunene. Manglende involvering av lokal kontekst i voldsrisikovurderinger er et tema også i casestudien. Flere informanter tar opp frustrasjon ved at voldsrisikovurderinger foretas innenfor kontrollerte rammer i døgninstitusjon, uten at det innhentes informasjon om fungering i lokalmiljø.

Figur 5.3 Har dere erfaring med at kommunen blir involvert i voldsrisikovurderinger i spesialisthelsetjenesten ved innhenting av informasjon om brukerens historikk i nærmiljø eller fungering i bomiljø? (n = 42)



Voldsrisikohåndtering

Voldsrisikovurderinger kan gi viktig informasjon for voldsrisikohåndtering i de kommunale tjenestene. De kan ha betydning for vurdering av bemanning, hva som er et egnet botilbud, ansattes tilnærminger til bruker og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Flere informanter i casestudien tar opp at systematikk og verktøy for voldsrisikovurderinger ikke er tilstrekkelig, men at det er viktig å ha rutiner og muligheter for å følge opp risikopunktene som blir avdekket. Det kan være krevende å iverksette treffende tiltak. I kommunen er det oftest ikke mulig å iverksette tiltak i form av skjerming, kontroll eller begrensning i den enkeltes liv. Deres muligheter er knyttet

til relasjonelt arbeid, økt bemanning, tettere oppfølging, forholdsregler i møte med bruker og eventuelt å involvere spesialisthelsetjenesten og andre tjenester. Én av casekommunene sier at de har invitert en faglig ansvarlig for en HCR-20-vurdering i døgninstitusjon til å komme ut til botilbudet hvor brukeren skal bo, for å veilede ansatte der i hvordan de skal følge opp det som er avdekket i vurderingen. Dette skyldes blant annet at de bare fikk en kortversjon med en vurdert farlighetsgrad. Hvorvidt de lyktes med å få faglig ansvarlig ut i botilbudet vet vi ikke.

Vi har vist at mange kommuner benytter ROS-analyser. Dette kan gi viktig informasjon om hva kommunen bør ta hensyn til ved tildeling av bolig i ulike botilbud. En informant beskriver at de i en vurdering av målgruppe for et botilbud som del av ROS-analysen, hadde avdekket at politiet hadde skissert mer enn 15 minutters utryknings-tid. Det hadde konsekvenser for hvilken type problematikk brukere som skulle få tilbud i dette botilbudet kunne ha.

Én informant i et lokalt botilbud beskriver deres nytte av å gjennomføre ROS-analyser. Hen forteller at de kanskje har begrenset informasjon når brukeren flytter inn, men at kartleggings skjemaet er et levende dokument hvor det gjøres nye vurderinger og oppdateringer av ROS-analysen etter hvert når det skjer ulike hendelser. Dette kan være viktig for håndtering av hendelser i boligen, og en felles tilnærming til ulike situasjoner for ansatte. Et eksempel er at de kan benytte det til å vurdere når det er nødvendig å være to når de skal kjøre bil med bruker. En konsekvens av ROS-analysen er at de vet at de ikke skal kjøre bil sammen med bruker om hen har ruset seg i mer enn to døgn, for da er det stor sannsynlighet for at det kan skje hendelser. Dersom de må kjøre bil skal de ta småveier og aldri kjøre mer enn 40 km i timen. Dette er rent praktisk informasjon om hvordan håndtere potensielt farlige situasjoner. Andre eksempler er at analysen gir informasjon om hvilke tiltak som skal iverksettes ved eskalering av trusler, med kjennskap til brukerens situasjon. Å kunne vise til ROS-analysen vurderes å dempe både uenighet om tilnærming, frustrasjon og redsel i personalgruppa.

Casestudien viste at noen kommuner har iverksatt tiltak for kompetanseheving i voldsrisikohåndtering blant ansatte. Det er flere informanter som erfarer at det er nødvendig med kompetanseutvikling på dette området.

I spørreundersøkelsen sier 37 av 42 kommuner at de har ansatte med kompetanse i voldsrisikohåndtering og møte med aggresjon og trusler. 4 kommuner svarer at de ikke har det, og én vet ikke. Halvparten av kommunene sier de har ansatte med videreutdanning eller kurs i voldsrisikovurdering, som for eksempel MAP, møte med aggresjonsproblematikk. Ytterligere ni presiserer at de har ansatte med andre typer videreutdanninger og kurs, og da eksempelvis terapeutisk mestring av vold og ViVo⁴.

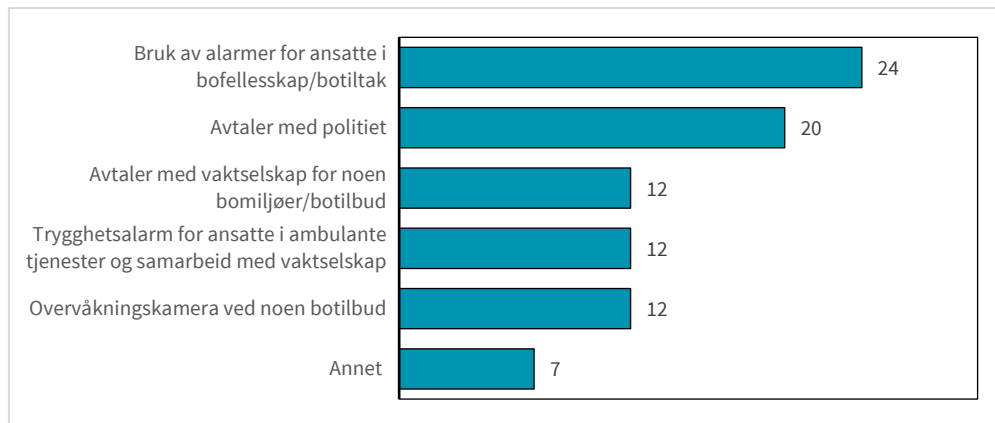
I casestudien er det informanter i en kommune som sier de har hatt ansatte i kommunen på kurs i MAP. De har utviklet rutine på jevnlig gjennomgang av MAP-øvelser hvor de diskuterer konkrete tilfeller og hvordan håndtere dem. En informant vektlegger at det i seg selv ikke er hvilken metode som blir brukt, men at man har felles metode, teori og systematikk rundt voldsrisikohåndtering. Hensikten er i hovedsak å forebygge farlige situasjoner og aggresjon, og å deskalere for å unngå at det skjer noe.

⁴ Voldsrisikovurdering og håndtering.

5.2 Sikkerhetstiltak

Casestudien viste at kommunene i svært begrenset grad har tatt i bruk fysiske hjelpemidler eller statiske tiltak for å ivareta sikkerheten for ansatte, brukere og nabolag. På bakgrunn av identifiserte tiltak i casestudien kartla vi utbredelsen i spørreundersøkelsen. I figur 5.4. ser vi at det tiltaket flest kommuner har er alarmer for ansatte i bofellesskap eller andre typer botilbud, 24 kommuner har dette. Det andre tiltaket som flere kommuner oppgir at de har, er avtaler med politiet, litt under halvparten av kommunene har det. De øvrige tiltakene, som avtaler med vaktelskaper, trygghetsalarmer i ambulante tjenester og samarbeid med vaktelskaper, er lite utbredt.

Figur 5.4 Har kommunen noen av de følgende tiltakene for å ivareta hensyn til voldsrisiko, samfunnsvern eller ansattes sikkerhet? Flere svar mulig. (n = 42)



I casestudien var det én kommune som hadde alarmer i de ambulante tjenestene og samarbeid med et vaktelskap. Dette er som vi ser, lite utbredt, men likevel har 12 av 42 kommuner dette. I denne ene casekommunen var disse alarmene koblet til et vaktelskap. Om ansatte trykker på en knapp kan de snakke med ansatte i vaktelskapet, og det vises på en GPS-enhet hvor de befinner seg. Det var snakk om et begrenset antall alarmer i teamet, så det var en del av vurderingen på morgenmøtet hvem som hadde behov for disse alarmene. Når ansatte var på jobb ambulant om kvelden hadde de alltid alarm.

Generelt er det svært få av denne typen statiske sikkerhetstiltak i kommunene. For mange i ambulante tjenester er det ingen systemer for å kunne følge dem gjennom arbeidshverdagen. Mange informanter i casekommunene legger vekt på at de har praksis for kontakt med kollegaer, at de har oversikt over hvilke brukere ansatte skal besøke og planene for dagen. Det er informanter som forteller at praksis er at de ringer hverandre eller de har avtaler om å kontakte hverandre etter besøk hos brukere.

I casestudien er det informanter som beskriver tiltak i bofellesskap med alarmsystemer. Noen steder er det kameraer og overvåkning, men dette er lite utbredt.

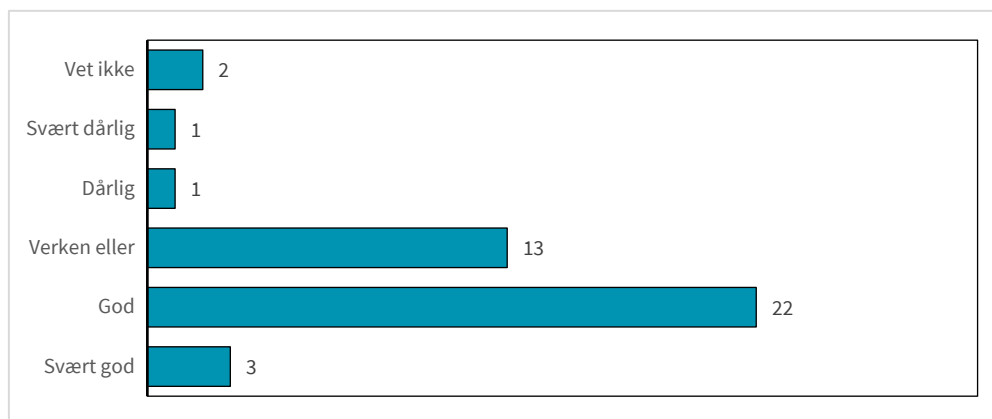
I én kommune forteller de at det er brukere med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer som har besøksforbud på legevakta på grunn av trusler om vold, tidligere farlige situasjoner eller vold. Likevel er muligheten for å håndtere dette begrenset, personen vil komme helt inn i vakta før vedkommende blir gjenkjent. Politiet kan bruke mye ressurser på å følge personer til legevakta, eller at de tilkalles for å passe på personer mens de venter på behandling eller vurdering.

Samarbeid med politiet

Fra casestudien vet vi at flere kommuner har et strukturert samarbeid og avtaler med politiet når det gjelder målgruppen vi ser nærmere på. På et spørsmål om samarbeid med politiet om forebygging av vold og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse, rusproblemer og vurdert voldsrisiko er det 37 av 42 kommuner som svarer at de har det. Spørsmålet er da utdypet til å handle om å ha fast politikontakt, samarbeidermøter eller avtaler om ekstra patruljering i enkelte områder. Flere utdyper at det er et veletablert samarbeid, og at det er et godt fungerende. En kommune påpeker at samarbeidet har blitt mer utfordrende etter politireformen. Tidligere hadde de faste kontaktpersoner i politiet som kjente nærmiljøet og målgruppen. Det er bydeler i Oslo som oppgir at de samarbeider med politiets psykiatrigruppe, og at dette fungerer bra. Samtidig er det kommuner som erfarer juridiske utfordringer når det gjelder utveksling av informasjon og kommunikasjon om brukere. Det blir også påpekt av en kommune at de opplever et behov for rolleavklaring når det gjelder politiets ansvar for bistand når det gjelder personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko.

I samarbeid med politiet om den spesifikke målgruppa som er dømt til tvunget psykisk helsevern eller utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon er det over halvparten (25 av 42) av kommunene som svarer at de opplever tilgangen til bistand fra politiet under episoder med utagering og økt fare for vold som god (figur 5.5). Det er kun to som opplever at dette fungerer dårlig eller svært dårlig, mens de fleste øvrige svarer hverken eller.

Figur 5.5 Hvordan vil dere beskrive tilgangen til bistand fra politiet ved episoder med utagering eller økt fare for vold hos personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon. (n = 42)



Casestudien og spørreundersøkelsen viser at det er mye samarbeid med politiet på overordna nivå. Det er kommuner som har faste møter med politiet, og noen med politiet og spesialisthelsetjenesten. Det er også kommuner som oppgir at det er lite samarbeid og at dette begrenser seg til enkeltsaker og noen faste møtearenaer. I tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen er det tre kommuner som på ulike måter tar opp utfordringer med at politiet ikke griper inn overfor enkelte brukergrupper som skaper utrygghet og har høy voldsrisiko, fordi politiet vurderer at de er strafferettslig utilregnelig, eller at saker vil henlegges som følge av tvil om tilregnelighet.

En respondent skriver i et åpent felt i undersøkelsen at de mener vi i undersøkelsen i for liten grad har tatt opp spørsmål om at kommunalt ansatte kommer i klemme mellom politi og spesialisthelsetjeneste i oppfølging av personer med utfordrende og aggressiv atferd. Poenget til respondenten er at kommunalt ansatte tjenesteutøvere

som følger opp denne målgruppa er utsatt for trusler og vold i mye større grad enn innbyggere generelt i kommunen. På samme måte vil andre beboere i bofellesskap og samlokaliserte boliger være mer utsatt om det flytter inn en person med vurdert forhøyet voldsrisiko. Denne respondenten sier at det er en særlig utfordrende situasjon dersom personen har en diagnose som gjør at politiet vurderer dem som strafferettslig utilregnelig og hverken straffefølger eller varetektsfengsler vedkommende. Respondenten tar opp et tema som flere er opptatt av, at kommunalt ansatte blir ansvarlig for å håndtere brukere med alvorlige helseproblemer og forhøyet voldsrisiko som på ulike måter defineres vekk fra andre etaters og institusjoners ansvarsområde.

5.3 Å ikke gjøre ting ordentlig, det er kjempedyrt!

I dette kapitlet har vi vist at voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering er noe kommunene må forholde seg aktivt til. Vi ser at det krever tid, kapasitet og innsats for kompetanseheving, å gjøre voldsrisikovurderinger og følge opp identifisert risiko. Det mest omfattende tiltaket kommunene gjennomfører er økt bemanning. Det kan være behov for flere ansatte i møte med brukere eller det er enkelte som har behov for botilbud med heldøgnbemanning. I casekommunene var det en informant som fremhevet konsekvensene av ikke å ta voldsrisiko på alvor:

Det dyreste vi gjør [...] Om det skjer noe, utagering eller annet, fordi vi ikke har tilstrekkelige ressurser, eller riktig bygningsmasse, så er det en kjempe kostnad både for den som utøver, men og sykefravær, de ansattes forhold, mye annet. Å ikke gjøre ting ordentlig, det er kjempedyrt!

Det er flere informanter som tar opp at sykefravær er en av konsekvensene av å jobbe med personer med høy voldsrisiko. Manglende satsing på kompetanse og forebygging kan skape situasjoner hvor ansatte blir utsatt for trusler og farlige hendelser på jobb. Kostnadene for sykefravær, ustabil personale og å miste kompetanse er vanskelig å måle. På samme måte er det med skader på boliger, gjennomføring av utkastelser og etablering på nytt, tvangsinnleggelse, fare for naboer og lokalsamfunn. Flere informanter er i tillegg opptatt av kostnadene for målgruppa, når manglende tilgang til hjelp og forebygging gjør at de begår alvorlig kriminalitet som får store konsekvenser for livene deres videre.

En av kommunene vi har intervjuet sier at dersom spesialisthelsetjenesten sier det er fare for samfunnet og behov for spesifikke tilrettelegginger, stiller ikke de spørsmål ved det. Hensynet til innbyggernes trygghet er viktigst. En informant sier at nettopp kommunenes bekymring for fare for andre, samfunnsvernet, har medført at hen kjenner til at flere kommuner har kjøpt dyre plasser, eller etablerer kostnadskrevenne tilbud. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 6 om samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner i forbindelse med utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten.

5.4 Oppsummering

I kapitlet har vi vist at voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering er noe kommunene må forholde seg aktivt til. Vi ser at det krever innsats for kompetanseheving, tid og kapasitet til å gjøre voldsrisikovurderinger og følge opp identifisert risiko. Det vanligste tiltaket kommunene gjennomfører er økt bemanning i møte med enkelte brukere.

Relasjonelt arbeid er selve grunnpilaren i kommunalt psykisk helse og rusarbeid, både for å komme i posisjon til å gi tjenester og for å forebygge vold og aggresjon. Det

krever tid og ressurser. Kjennskap til bruker er viktig for å kunne se utvikling og endring og kunne bidra til trygghet

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gjennomføre voldsrisikovurderinger av personer med alvorlig psykisk lidelse. Vi har vist at det er svært varierende tilgang i kommunene til voldsrisikovurderinger når personer i målgruppen meldes utskrivningsklar. Over halvparten av kommunene erfarer at det ikke innhentes informasjon om brukerens fungering i bo- og nærmiljø ved gjennomføring av spesialisthelsetjenestens voldsrisikovurderinger.

De aller fleste kommunene sier at de foretar én eller annen form for strukturerte voldsrisikovurderinger, og det mest utbredte er ROS-analyser. Det også noen kommuner som har kompetanse på systematiske voldsrisikovurderingsverktøy.

Å ha systematikk og verktøy for voldsrisikovurderinger er ingen garanti for at avdekket informasjon følges opp. Kapittelet påpeker betydningen av rutiner og muligheter for å følge opp de risikopunktene som blir avdekket.

Mange kommuner, 37 av 42, sier i spørreundersøkelsen at de har ansatte med kompetanse i voldsrisikohåndtering og møte med aggresjon og trusler. Halvparten av kommunene har ansatte med videreutdanning eller kurs i voldsrisikovurdering.

Kommunene har i svært begrenset grad fysiske hjelpemidler eller statiske tiltak for å ivareta sikkerhet for ansatte, brukere og nabolag. Om lag halvparten av kommunene har alarmer for ansatte i bofellesskap eller andre typer av botilbud. Litt under halvparten av kommunene oppgir at de har avtaler med politiet. Øvrige tiltak, som avtaler med vakselskaper, trygghetsalarmer i ambulante tjenester og overvåkningskameraer, er lite utbredt.

De fleste kommunene i undersøkelsen oppgir at de har samarbeid med politiet om forebygging av vold og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse, rusproblemer og vurdert voldsrisiko. Det gjelder for eksempel faste møter, fast politikontakt og avtaler om ekstra patruljering i enkelte områder. Flere utdyper at dette er vel etablert og fungerende samarbeid.

Når det gjelder den spesifikke målgruppen for undersøkelsen, personer dømt til tvunget psykisk helsevern og personer med forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD er det over halvparten (25 av 42) av kommunene som svarer at de opplever god tilgang til bistand fra politiet under episoder med utagering og økt fare for vold.

6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern, har behandlingsansvaret for personer med alvorlig psykisk lidelse, og et særlig faglig ansvar for å ivareta både behandling av for personer som er dømt til tvunget psykisk helsevern og hensynet til samfunnsvern. I dette kapitlet ser vi nærmere på samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, både i prosessen med utskrivelse fra spesialisthelsetjeneste til kommune, og i oppfølging av målgruppen ute i egen bolig. Vi starter med å vise at det kan være ulike utgangspunkt for dette samarbeidet i kommune-Norge. Av resultatene fra studien kan vi se at samarbeidet påvirkes både av geografisk nærhet til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud, av hvilke arenaer, tilbud og verktøy som er etablert for samarbeid, erfaring og kjennskap til hverandres tilbud og mulighetsrom, og kultur for samarbeid.

6.1 Tilgang til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud

Casestudiene illustrerte at spesialisthelsetjenesten rundt om i landet kan være ganske ulik. De 42 kommunene som deltok i spørreundersøkelsen, må forholde seg til spesialisthelsetjenestene i sitt område som er preget av helseforetakets prioriteringer og innretting av behandlingstilbud. Dette er også kjent fra statistikk for spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022d). Bruken av tjenester blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer mellom regioner. Det er mer døgnbehandling i Helse Nord enn i Helse Sør-Øst. Tilgang til ambulante behandlingstilbud og til poliklinisk behandling, varierer.

Noen av kommunene har en beliggenhet som tilsier at det er langt til nærmeste sykehus, og til nærmeste DPS. Mer enn halvparten av kommunene i utvalget oppgir at det er bomiljøer i kommunen med mer enn to mil til nærmeste DPS. To kommuner har mer enn ti mil til nærmeste DPS, Syv har mellom seks og ti. Atten av 42 kommuner har sykehus med sikkerhetsavdeling (psykisk helsevern) i kommunen. Det er ni kommuner med mer enn ti mil til nærmeste sykehus med psykiatrisk sikkerhetsavdeling, fire av dem har mer enn 20 mil. Det sier seg selv at tilbud vil være annerledes i distriktskommuner hvor det er langt til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud, enn i kommuner hvor det er sykehus og DPS tettere på. Dette ble også illustrert i casekommunene. Noen av kommunene hadde store utgifter med å følge brukere til nærmeste døgnavdeling innenfor psykisk helsevern og besøk hos bruker under døgnopphold. Samtidig må det tas i betraktning at det var casekommuner som erfarte at det var krevende å få til et godt samarbeid med psykisk helsevern, selv om de var lokalisert i samme by.

Flere er opptatt av betydningen ambulante behandlingsteam kan ha for samarbeid om oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse ute i kommunene, og hvordan denne type tilbud kan representere en sammenheng mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Ambulante behandlingsteam gjør at ansatte i spesialisthelsetjenesten kommer ut i kommunene og bomiljøene til brukerne og følger opp brukerne der de

lever livene sine. Informanter i casekommunene som har erfaring med dette, tar opp at det gir en annen mulighet for tilgang til behandling for målgruppa og at spesialisthelsetjenesten får bedre grunnlag for å forholde seg til den situasjonen brukerne har i egen bolig og nærmiljø.

Ambulante behandlingstilbud

De siste årene har det vært en betydelig utvikling i ambulante behandlingsteam innenfor psykisk helsevern, da særlig FACT-team (Ose & Kaspersen, 2022).

Dette gjenspeiles i spørreundersøkelsen. 36 av 42 kommuner svarer at de har tilgang til ambulante behandlingsteam innenfor psykisk helsevern, enten i regi av, eller i samarbeid med, spesialisthelsetjenesten. 25 av 36 kommuner oppgir at de har FACT-team eller ACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, 3 har tilgang til slike team som er i regi av spesialisthelsetjenesten alene.

Bare 3 av kommunene oppgir at de har FACT-sikkerhet eller andre spesialiserte behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk lidelse og sikkerhetsproblematikk. Ut fra casestudien kjenner vi til FACT sikkerhet Innlandet, tilknyttet enhet for sikkerhetspsykiatri ved Sykehuset Innlandet, og FACT sikkerhet Vestre Viken tilknyttet sikkerhetsseksjonen ved Blakstad sykehus. Andre slike spesialiserte tilbud som presiseres i spørreskjemaets åpne felt er Lovisenberg DPS sitt team Ambulant, psykose, avhengighet, sikkerhet (APAS), som gir ambulante behandling i sentrumsbydelene i Oslo. I casestudien var det informanter som oppga at det var under etablering et ambulante sikkerhetsteam ved Helse Stavanger. Slike team er fortsatt lite utbredt, men de informantene som har erfaring oppgir at det har betydning for samarbeid og oppfølging av personer som skrives ut fra sikkerhetspsykiatrien, og særlig personer dømt til tvunget psykisk helsevern som utskrives til gjennomføring av tvunget vern utenfor døgninstitusjon i kommunen. Samarbeidet inkluderer samarbeid i utskrivelsesprosessen, og ikke minst, samarbeid om oppfølging og behandling etter utskrivelse. Teamene er tilgjengelig for råd og veiledning, følger utvikling hos pasient i egen bolig og sørger for tilgang til behandling.

Som referert er det mange kommuner som har tilgang til FACT-team. Samtidig er det svært ulik grad av tilgjengelighet og involvering av disse teamene i det kommunale oppfølgingsarbeidet. Casestudien viste at det er kommuner som har FACT-team med base i kommunen hvor teamet følger opp brukere regelmessig. FACT-teamet kunne da ha hovedansvar for oppfølging av brukere. Andre kommuner hadde tilgang til FACT-team sammen med flere andre kommuner og teamet var fysisk i kommunen og hos brukere bare én eller to ganger i uka. Den øvrige kontakten FACT hadde med brukerne i disse tilfellene foregikk digitalt eller på telefon. En av kommunene opplevde at FACT-teamet i liten grad hadde tid til dialog med de kommunale psykisk helse og rustjenestene. Det er med andre ord flere ulike lokale innretninger av FACT-team.

Av de seks kommunene i spørreundersøkelsen som svarte at ikke har noen form for tilgang til ambulante team fra spesialisthelsetjenesten, er det bare én som ikke har noen form for ambulante tjenester. De øvrige presiserer at de har ettervernsteam i regi av DPS, psykoserettede team, akutt-team, eller digitalt FACT-team. Det siste er et tilbud som er under utvikling under Finnmarkssykehuset. I tillegg er det flere som oppgir kommunale rus- og psykisk helseteam eller andre typer av kommunale oppsøkende team.

Det er altså ulik tilgang til ambulante behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Et utviklingsarbeid i seks bydeler i Oslo viste store ulikheter mellom bydelene etter hvilket sykehusområde de tilhørte, Lovisenberg eller Ahus (Hansen, et al., 2022).

Mens DPS Lovisenberg på det tidspunktet hadde utviklet flere ambulante behandlingsteam, var det ingen definerte ambulante team tilgjengelig for Oslobydelene i Ahus-området. Dette er også vist i statistiske oversikter.

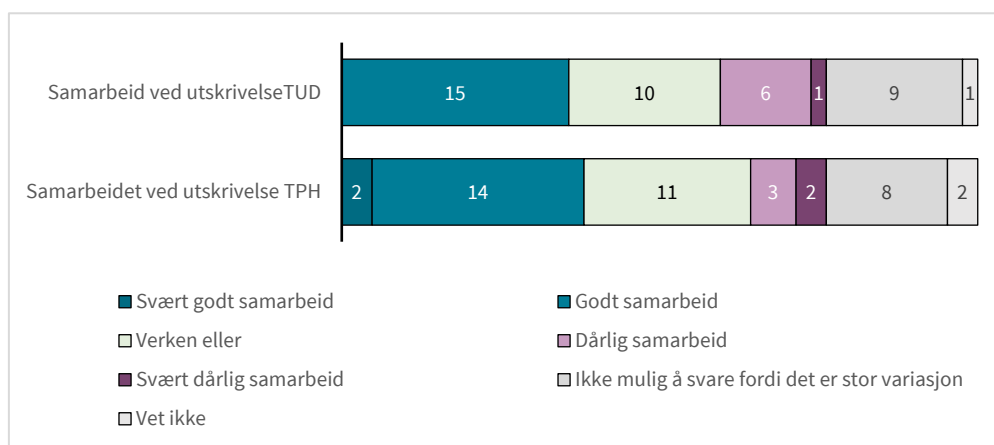
Ser vi på personer med schizofreni og samtidig rus, en gruppe med særlig høy andel ambulante kontakter, var det 64 prosent av dem som hadde ambulanskontakt i Helse Sør Øst, mens det gjaldt 56 prosent i Helse Nord. Samtidig er det som vist fra Oslo, forskjeller innenfor de regionale helseforetakene og mellom helsefelleskapsområdene. I Ahus-området er 20 prosent av pasientene med alvorlig psykisk lidelse og rus som hadde ambulanskontakt i 2021, mens det gjaldt 32 prosent i Oslo, og 50 prosent på Sørlandet. Innenfor Helse Nord er det 35 prosent i denne gruppa i Nordland som har ambulanskontakt, mens de er 10 prosent i Finnmark (Helsedirektoratet, 2022d).

På samme måte som det er variasjon i tilgang til ambulante behandlingstilbud, er det variasjon i organisering av samarbeid og samhandling når det gjelder utskrivelse til tvunget psykisk helsevern utenfor døgningstusjon og oppfølging etter utskrivelse.

6.2 Utskrivelse fra spesialisthelsetjeneste til kommune

I kapittel 4 viste vi at kommunene ofte erfarte at spesialisthelsetjenesten ved varsling av utskrivelse av personer i målgruppen ofte beskrev bo- og tjenestetilbud som kommunen mente var vanskelig å få til innenfor deres handlingsrom. Det kunne handle om tilgang til personale og døgnbemanning, behov for tilsyn, kontroll og adferdsbegrensning. Kommuner og spesialisthelsetjeneste arbeider innenfor to ulike rammer, de har ulikt lovverk å forholde seg til, men også svært ulike muligheter for oppfølging. Samtidig har denne studien vist at det er mye samarbeid, også mye samarbeid fungerer godt. I en vurdering av samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse av personer dømt til tvunget psykisk helsevern er det 16 av 42 kommuner som vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt eller svært godt. I samarbeid om personer vurdert til tvunget psykisk helsevern og forhøyet voldsrisiko er det 15 som vurderer samarbeidet som godt (figur 6.1). Det er flere (hhv. 8 og 9) som svarer at det er så stor variasjon at det ikke er mulig å gi en samlet vurdering.

Figur 6.1 Vurdering av samarbeidet med spesialisthelsetjeneste ved utskrivelse av personer dømt til tvunget psykisk helsevern (TPH) og personer sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern (TUD) og forhøyet voldsrisiko. (n = 42)



34 respondenter har benyttet anledningen til å utdype hva som preger en god utskrivelsesprosess. Noen uttrykker frustrasjon ved dårlige utskrivelsesprosesser, andre sier at det er svært personavhengig og avhengig av hvilken avdeling brukerne skrives

ut fra. Samtidig ser vi at de aller fleste kommentarene handler om hva som karakteriserer en god utskrivelse, og de flest tar opp tid, avklarte roller, helhetlig tilnærming, bruk av planer, og likeverdighet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Noen presiserer også betydningen av involvering av bruker.

20 av de som har svart tar eksplisitt opp betydningen av tidlig involvering av kommunen i utskrivelsesprosessen, og mange tar opp betydningen av avklarte roller mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Gode planer, bruk av kriseplaner eller andre planverktøy, er en felles tilbakemelding fra mange, i tillegg til tilgang til voldsrisikovurderinger og dialog om brukerens fungering. God informasjonsflyt og tilgang til kontaktperson i spesialisthelsetjenesten for veiledning og dialog etter utskrivelse er et annet punkt. Gjennomgående legges vekt på behovet for dialog og samarbeid. En av kommentarene oppsummerer nesten alle disse forholdene:

Gjensidig dialog i forløp, begynne utskrivingsprosess tidlig, god kommunikasjon, delta i voldsrisikovurderinger, forståelse for hverandres rammer.

En annen respondent skriver følgende:

God tid. Hyppige møter. Detaljert - nøyaktig planleggingsprosess. Kommune godt involvert i voldsrisikovurderinger og utarbeidelse av handlingsplaner. Prøvepermisjoner til bolig før utskrivning. Påkobling på jobb og aktiviserings-tilbud i kommunen starter før endelig utskrivning. Hyppig kontakt og besøk på sykehus fra kommunens tjenester. Involvering av bruker i innkjøp for møblering og etablering hvis personen skal ut til ny leilighet

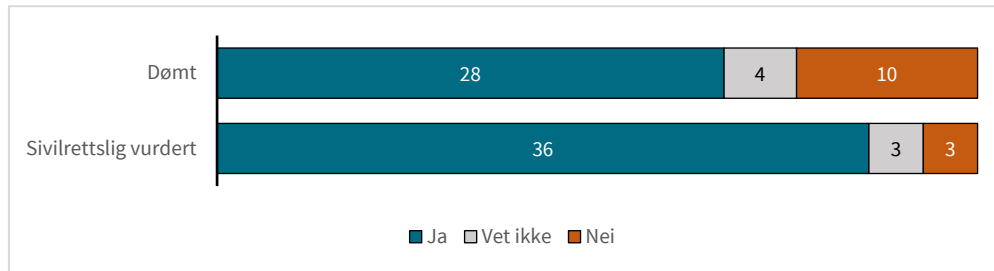
Det er godt kjent at kommune og spesialisthelsetjenesten kan ha ulike vurderinger av hvorvidt en person er utskrivningsklar. I kommentarene skriver en kommune:

Vi har et godt samarbeid, men det er svært vanskelige saker. En god utskrivning er når vi er enige om når pasienten skal skrives ut, altså stabil nok og ikke ustabil og farlig for vårt personell.

Forskrift for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter definerer i § 9 vilkår for når en pasient i psykisk helsevern kan vurderes utskrivningsklar. Vurderingen skal foretas av lege eller psykolog i helseinstitusjon under spesialisthelsetjenesten, men et viktig premiss som defineres her, er at tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar. Det presiseres også at for pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester skal spesialisthelsetjenesten innkalle relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med en samlet plan for videre behandling

Det er kjent at kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ha ulik vurdering av hvorvidt en person er utskrivningsklar. I figur 6.2. ser vi at de aller fleste kommunene har erfart at spesialisthelsetjenesten har meldt personer sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, utskrivningsklare hvor kommunen har vært uenig i denne vurderingen. Det er også mer enn halvparten som har erfart dette med personer dømt til tvunget psykisk helsevern (figur 6.3). Her er det også 10 respondenter som oppgir at de ikke opplevd dette.

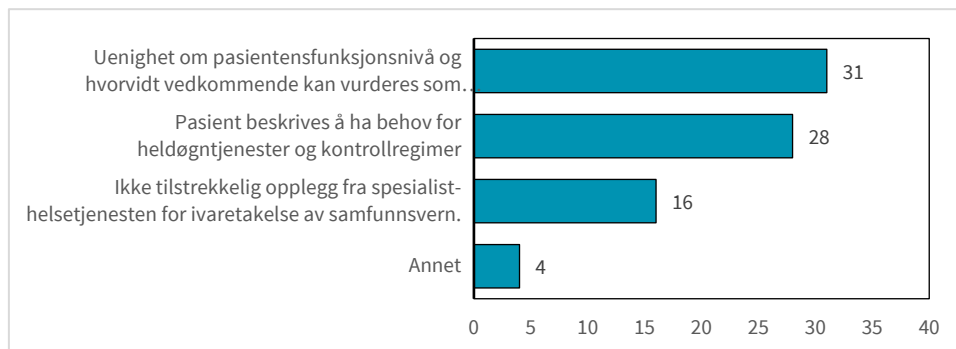
Figur 6.2 Har dere erfaring med at spesialisthelsetjenesten melder pasienter sivilrettslig vurdert eller dømt til tvunget psykisk helsevern utskrivningsklare hvor dere er uenig i vurderingen av at pasienten er utskrivningsklar? (n = 42)



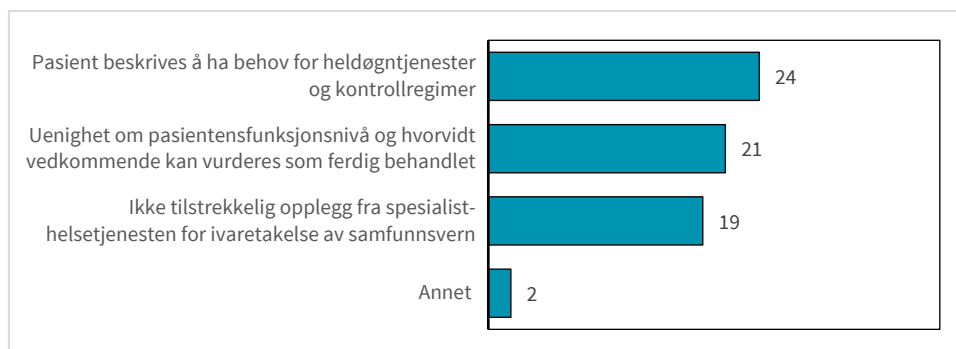
Årsak til uenighet om utskrivelse

Når vi ser på hva som er årsakene til denne uenigheten, er det for personer som er sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, mange oppgir at det er uenighet om pasientens funksjonsnivå og hvorvidt vedkommende kan vurderes som ferdig behandlet. Nesten like mange oppgir at pasienten beskrives å ha behov for heldøgntjenester og kontrollregimer. Det er mange som slutter seg til disse vurderingene også når det gjelder personer dømt til tvunget psykisk helsevern, men for denne kategorien er det flest som har pekt på at pasienten vurderes å ha behov for heldøgntjenester og kontrollregimer. Dette kjenner vi igjen fra tidligere analyser av bo- og tjenestebehov for målgruppa. For personer dømt til tvunget psykisk helsevern er det også flere av respondentene som peker på et utilstrekkelig opplegg for å ivareta samfunnsvern.

Figur 6.3 Hva er årsaken til at personer som er sivilrettslig tvunget psykisk helsevern ikke vurderes utskrivningsklar av dere. Flere svar mulig. (n = 42)



Figur 6.4 Hva er årsaken til at personer dømt til tvunget psykisk helsevern ikke vurderes utskrivningsklar av dere. Flere svar mulig. (n = 42)



Grensen mellom spesialisthelsetjenestens og kommunens ansvar ved utskrivelse av pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern ligger i en gråson. Hvilke krav til kommunens bo- og tjenestetilbud kan spesialisthelsetjenesten definere ved utskrivelse, og hvilket ansvar har kommunen for å etterfølge definerte behov fra spesialisthelsetjenesten. Dette spørsmålet har vært tatt opp flere ganger, og sist i en henvendelse fra byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester i Oslo til Helsedirektoratet (2022b) knyttet til en konkret sak i Stovner bydel. Saken presenteres slik:

I et konkret eksempel fra Bydel Stovner i Oslo har påtalemyndigheten og spesialisthelsetjenesten stilt spesifikke krav om at domfelte kun kan skrives ut til TPHU dersom kommunen stiller med en bolig i landlige omgivelser utenfor Oslo med skjerming fra rus, med jevnlig rustesting, nekting av permisjoner, følge ved utgang mv. Slik bydelen oppfatter det fremkommer det i disse sakene en «bestilling» fra påtalemyndighet og spesialisthelsetjeneste om at bydelen skal kjøpe en plass med egnet tilbud, bemanning og lokalisering utenfor bydelen (kommunen), nærmest uavhengig av hvordan kommunen selv vurderer brukerens behov for bolig- og helsetjenester. I dette konkrete tilfellet fremstår opplegget som er laget for domfelte nærmest som en videreføring av et døgnopphold på tvang selv om vedkommende skal skrives ut fra TPH til TPHU der kommunen blir gitt ansvaret for å organisere og overvåke gjennomføringen av straffen, sammen med DPS. (Helsedirektoratet, 2022b).

I brevet, gjør Helsedirektoratet en vurdering av at dersom denne typen krav om omfattende kontroll- og overvåkningstiltak stilles, vil kommunen mest sannsynlig ikke kunne gjennomføre dem, og pasienten ikke kunne vurderes som utskrivningsklar.

Også i casestudien er det informanter som tar opp at de har erfaring med at det er enkelte avdelinger i sykehusene som presser på for at kommuner skal kjøpe dyre plasser. En informant sier sykehusene kanskje har erfart at kommunene ikke stiller spørsmålsteget ved deres beskrivelse av behov, og dermed har bidratt til dyre løsninger. I likhet med flere informanter henviser denne til Helsedirektoratets svar til Oslo kommune. Vedkommende mener det har vært til stor hjelp for dem at det er definert hvem som har ansvaret for hva. På lik linje med andre informanter presiserer hen at Helsedirektoratets vurderinger var i tråd med det de hadde ment hele tiden. Erfaringen var at denne klargjøringen fortsatt ikke var like godt kjent ved alle avdelinger ved sykehuset.

Reglene knyttet til utskrivningsklare pasienter gjelder også personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Det vil si at kommunen har et finansieringsansvar for pasienter som er vurdert utskrivningsklare. Lovverket er tydelig. Kommunen plikter å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester som pasienten har krav på etter helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 3, og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a annet ledd. Som henvist til i kapittel fire skal kommunen medvirke til å skaffe bolig for personer som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Samtidig er det som vist over og referert i svaret fra Helsedirektoratet, slik at det er en regulert plikt til samarbeid. Helsedirektoratet påpeker også kravet til å vurdere hva som er en forsvarlig utskrivelse, og at dette inkluderer en vurdering av farlighet. Pasienten har rett til et forsvarlig tjenestetilbud fra kommunen, og det vises til tidligere vurderinger om at dersom det eneste forsvarlige tilbudet er døgnopphold i kommunal døgninstitusjon, vil kommunen plikte å yte denne tjenesten. Samtidig er det noen klargjøringer av grensene for kommunens plikt når det gjelder behovet for tvangstiltak, i henhold til forskriften § 9 (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter).

Dersom faglig ansvarlig for det tvungne vernet vurderer at det er nødvendig med tjenester som omfatter tvangstiltak i form av for eksempel kontroll og overvåkning av pasienten for at vedkommende skal kunne overføres fra tvunget vern med døgnopphold til tvunget vern uten døgnopphold, vil pasienten mest sannsynlig ikke kunne anses som utskrivningsklar etter forskriftens § 9. En utskrivning til tvunget vern uten døgnopphold ville i slike tilfeller antakelig forutsette at kommunen yter tjenester som kommunen ikke lovlig kan gjennomføre (Helsedirektoratet, 2022b).

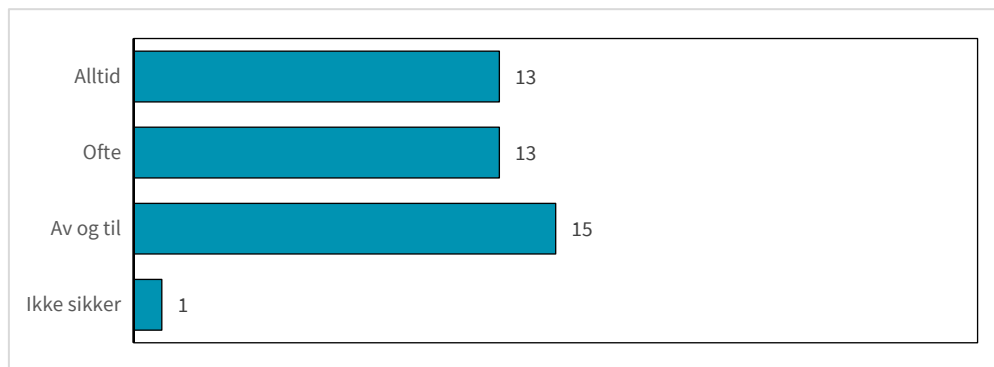
Nettopp denne klargjøringen av hva som er kommunenes og spesialisthelsetjenestens handlingsrom er ofte tatt opp av informanter i denne undersøkelsen. Kjennskap til lovverket og begrensningen i det kommunale lovverket når det gjelder bruk av tvangstiltak, kontroll og overvåkning blir tatt opp av mange. Generelt påpekes behovet for mer dialog og samhandling.

Tilrettelegging for gode overganger

Hva er viktig for en god utskrivelsesprosess og overgang til kommunen? En informant oppsummerer det slik: at kommunen kommer tidlig inn, at kommunen får tilgang til farlighetsvurderinger (voldsrisikovurderinger), og at det er godt gjennomarbeidede kriseplaner. En utskrivelse av personer hvor det foreligger en mulig voldsrisiko, eller hvor det er en vurdering knyttet til samfunnsvern, handler også om trygghet hos de som pasienten skal ut til: Innbyggere i nabolaget og kommunen og ansatte i tjenestene. En informant sier at dersom kommunen ikke får tilgang til voldsrisikovurderinger kan det skape mye usikkerhet og konstruksjon av historier som ikke er sanne. Godt gjennomarbeidede kriseplaner er konkrete, de er godt forankret, alle vet hva hvem som skal gjøre hva, og den har kontaktpersoner. Planen må være godt forankret både hos spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Det må tilrettelegges for forutsigbarhet for den som skal flytte ut i egen bolig, og for de som skal ta imot personen og gi oppfølging. En informant presiserer at trygghet for begge parter er noe man som er viktig for å skape nødvendig stabilitet.

Å møtes for å planlegge en utskrivelse kan legge grunnlag for en god overgang til kommunen, og videre oppfølging i egen bolig. I figur 6.6 ser vi at det er respondenter fra 13 av 42 kommuner som svarer at det alltid gjennomføres møter for å planlegge utskrivning, og like mange at dette skjer ofte. 15 kommuner svarer at dette bare skjer av og til. Sett i lys av kravene til samarbeid og møter dersom en pasient har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivelse, er dette urovekkende. Ved utskrivelse av personer til tvunget psykisk helsevern, om det er sivilrettslig vurdert eller en dom, skulle en tenke at det ville være nødvendig å ha møter for å legge til rette for en god overgang. I spørsmålet ble det presisert at dette gjaldt ansvarsgrupper eller andre møter med dialog om brukerens situasjon, ønsker og behov etter utskrivelse. Tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen er i samsvar med inntrykk fra case-studien, hvor det var variasjon mellom kommunene i hvilken grad de opplevde at det ble initiert møter for felles planlegging av utskrivelse. De fleste opplevde at dette nesten alltid ble gjort når det var dom til tvunget psykisk helsevern, men at det var større variasjon ellers.

Figur 6.5 Blir det arrangert møter for å planlegge utskriving (ansvarsgruppemøter eller andre møter), med dialog om brukerens situasjon, ønsker og behov etter utskrivelse til kommunen? (n = 42)



I kommentarene til slike møter er det flere som følger opp påpekninger av betydningen av å holde dem i god tid før utskrivelse. Det er respondenter som erfarer at møtene blir avholdt (for)sent i prosessen, og at det ikke er tilstrekkelig tid til å forberede utskrivelse. Det er én respondent som skriver at hen erfarer at møtene ikke er til for felles planlegging, men at spesialisthelsetjenesten benytter møtene til å presentere behov for botilbud med heldøgns oppfølging, ofte anbefaler de at kommunen bør kjøpe tilbud, og de har lite kjennskap til kommunens manglende mulighet for å benytte tvangsmidler. Det er også noen som påpeker at det er god systematikk for utskrivelse fra sikkerhetsavdeling når det gjelder personer dømt til tvunget psykisk helsevern, men at dette ikke er like innarbeidet ved øvrige døgnavdelinger. En respondent skriver at de i kommunen erfarer at det i større grad var slike møter tidligere, men at det nå er blitt erstattet med PLO⁵-meldinger og at kvaliteten på samarbeidet og behovsavklaring har falt. Det er også kommentarer knyttet til variasjon i kvaliteten på møtene, og varierende erfaring med bruk av Teams for å avholde denne type møte. Vi har samme inntrykk fra casestudien, hvor noen informanter erfarer at det er et stort fremskritt at det er mulig å benytte Teams for å avholde av møter, mens andre erfarer at det ikke fungerer.

Det er også respondentene som presiserer at slike møter fungerer og har betydning for tilbudet som etableres. En respondent tar opp at tidlig planlegging, avklarte roller og forventinger, og at kommunen blir hørt, har betydning. Denne respondenten opplever at det er stor variasjon mellom ulike avdelinger i sykehus og institusjoner innenfor psykisk helsevern, i hvorvidt samarbeid med kommunen prioriteres. Det er én respondent som vektlegger at møter mellom alle involverte og bruker, er viktig for at bruker skal oppleve helhetlige og koordinerte tjenester, og at spesialisthelsetjenesten får innsikt i bo- og tjenestetilbudet som pasienten skrives ut til. Det er også respondenter som redegjør for at de i tillegg til møter mellom sykehus og bydel/kommune har interne møter med ulike involverte tjenester, og med ambulante behandlingsteam som skal være involvert i oppfølging. Slike planleggingsmøter henger ofte sammen med utvikling av planer for oppfølging etter utskrivelse.

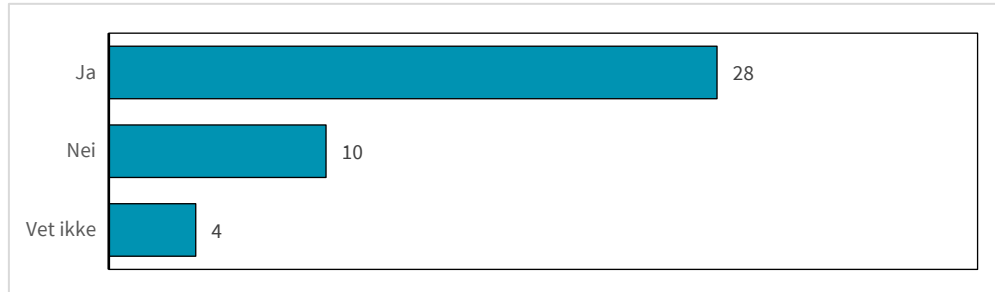
Planer som grunnlag for samarbeid

I casekommunene er det flere som peker på gode planer som grunnleggende for ivaretagelse av personer med alvorlig psykisk lidelse og vurdert voldsrisiko. Når de snakker om erfaringer, blir det ofte fremhevet god planlegging, lange prosesser med

⁵ Elektronisk pleie og omsorgsmelding mellom spesialisthelsetjeneste og kommune

forberedelse til utskrivelse og gjennomarbeidede planer med definert ansvar og oppgaver, og hva som kan skje ved ulike scenarier.

Figur 6.6 Er det samarbeid om utvikling av planer (kriseplaner, intervensjonsplaner, annet) for å sikre at pasient /bruker får tilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse, eks. med beskrivelse av tegn til forverring / økt symptomtrykk, involverte aktørers oppgaver / ansvar, og aktuelle intervensjoner ved økt voldsrisiko N:42



Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Denne retten er forankret både i loven om psykisk helsevern og i helse- og omsorgstjenesteloven. Innenfor psykisk helsevern benyttes i tillegg krise- eller mestringsplaner. Hensikten er å ha et hjelpemiddel for pasient, eventuelt for pårørende og samarbeidspartnere, som kan identifisere forverring i helsestilstand, og håndtere dette. Vi ser at 28 av 42 kommuner sier at det er samarbeid om utvikling av planer, mens 10 kommuner svarer at det ikke er det.

Ulike planer kan ha ulikt formål. Der hvor det beskrives at planer fungerer fint som grunnlag for samarbeid, er det ofte gjennomarbeide planer, konkrete beskrivelser og tydelig avklarte roller og ansvar. Ofte har kommunen og bruker vært involvert.

En informant i en casekommune forteller om ett godt fungerende samarbeid med sikkerhetsposten rundt utskrivelse av en person dømt til tvunget psykisk helsevern. De har hatt møter for å forberede utskrivelse, god dialog og planlegging av hva som skal skje når personen kommer ut. Det er foretatt volds- og risikovurderinger. Det er laget en kriseplan, og definert hva de som jobber i kommunen skal se etter og hva de skal gjøre dersom de identifiserer endring eller økt symptomtrykk. Nettopp det at de har samarbeidet, og laget en plan sammen blir fremhevet som avgjørende:

Vi har jobbet med dette i lag, over lang tid på forhånd. Og ikke slik at spesialisthelsetjenesten har sitter og lagt føringer for hva vi skal gjøre, - og så viser det seg at det blir uhensiktsmessig. Ikke alltid vi kan innfri de kravene som kommer. Og det skaper også uheldige forventinger hos den som kommunen skal yte tjenester til. Som igjen kan føre til risiko for økt vold og trusler.

Det er flere informanter som opplever at det er mer systematikk på utvikling av planer når det er snakk om personer dømt til tvunget psykisk helsevern, enn generelt for personer som skrives ut til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. Som for veldig mange andre tema i denne rapporten, er det også her variasjon mellom kommuner og helseforetak. Noen kommuner erfarer at det generelt er godt samarbeid om gode planer for oppfølging, mens andre har erfaring med at dette ikke fungerer.

Noen informanter tar opp betydningen av å ha med bruker i prosessen med utvikling av en felles plan for tiden etter utskrivelse. En av informantene forteller hvor viktig det kan være å ha snakket igjennom hvordan ting skal være etter utskrivelse, for eksempel i ansvarsgruppen. Det som er blitt snakket om og bestemt i denne prosessen kan benyttes i samarbeidet med brukeren senere. At de avtaler og det

opplegget som er planlagt etter utskrivelse er forankret hos bruker har betydning for at det skal fungere.

I casestudien fikk vi høre eksempler på at det å ha en gjennomarbeidet og avklart plan kan ha stor betydning. I den ene casekommunen forteller de om ett tilfelle med en bruker hvor personen i løpet av ett år hadde 80 innleggelse i psykisk helsevern. Personen hadde en alvorlig psykisk lidelse, kjent voldsrisiko og mange i lokalsamfunnet var redd for å møte personen. Voldsriskoen hadde sterk sammenheng med rus. Det hadde i lang tid vært mye diskusjon og uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen om hva personen hadde behov for. På intervjudtidspunktet bodde personen i egen bolig og det gikk fint. Hen hadde klart å bli rusfri og informantene i kommunen mente en vesentlig årsak var at kommunen og spesialisthelsetjenesten hadde blitt enige om hva personen hadde behov for, at det var blitt etablert klare avtaler om medisiner, om når brukeren hadde behov for innleggelse og når personen kunne mestre livet i egen bolig. I likhet med mange informanter i casekommunene påpeker de betydningen av å snakke sammen, etablere en felles forståelse, lage klare planer og tydelige ansvarsfordelinger. Én av informantene snakker om at der de lykkes er felles forståelse, og anerkjennelse av kommunens erfaringer og kompetanse sentralt:

Der vi får til å snakke samme språk, og er enige om hvordan gjøre ting. Og at det ikke alltid er spesialisthelsetjenesten som sitter med all kunnskap og erfaring [...] For kunnskapen og erfaringen kommunen har er vel så viktig, for det er der ute de skal bo.

Gode planer kan være et verktøy for samhandling. Ett eksempel er en kommune som utviklet en egen form for planverk som benyttes for brukere. En videreutvikling eller utvidelse av kriseplanen. Utgangspunkt er at det var frustrasjon både i kommunen og spesialisthelsetjenesten om oppfølging av felles pasienter/brukere. Mangel på felles forståelse av brukerens utfordringsbilde og behov og hva som er riktig innsats i ulike situasjoner, gjorde at det ofte ble frustrasjon. Dette er en beskrivelse av utfordringer som tas opp i flere av casekommunene. Det kan dreie seg om at ansatte i kommunen tar kontakt med spesialisthelsetjenesten og sier at brukeren er dårlig og bør legges inn. Spesialisthelsetjenesten opplever ikke beskrivelsen av brukerens situasjon tilfredsstillende for innleggelse. De ansatte i kommunen er frustrert over at spesialisthelsetjenesten ikke lytter til deres vurdering, særlig når situasjonen oppleves svært alvorlig. Å utvikle et felles språk eller beskrivelse av hva som medfører behov for ulike intervensjoner kan ha stor betydning for god samhandling. En gjennomarbeidet felles plan kan være et slikt verktøy.

Det er flere eksempler i kommunene på ulike former for planer som er mer omfattende enn vanlige kriseplaner. Det nevnes intervensjonsplaner og mestringsplaner utviklet i fellesskap mellom involverte parter. Planen kan beskrive hva som er relevante intervensjoner i ulike situasjoner, hvem som har ansvar, hvem som skal kontaktes og når. Noen har planer hvor det er beskrevet ulike varselsignaler for økt symptomtrykk, eksempelvis noe brukeren gjør, uttalelser, måte å kle seg på, søvnmønster, rusbruk, og hva ansatte skal gjøre når de observerer dette. Et eksempel er at dersom det er fire eller flere varselsignaler skal spesialisthelsetjenesten kontaktes, og det skal foretas en vurdering. For ansatte i kommunen vil en slik plan gi informasjon om hva de skal si til spesialisthelsetjenesten, hvordan de skal beskrive behov for behandling, og slik legge grunnlag for en god dialog om relevante tiltak: Når er det behov for å planlegge en innleggelse, når er det andre tiltak som skal forsøkes først, når skal andre aktører mobiliseres. Målet med denne typen planer blir ofte beskrevet som

å ha et felles dokument for alle involverte hjelpetjenester, og slik bidra til et felles språk, avklarte roller og god samhandling. Å gjøre denne type planer kjent hos legevakt, fastlege og politi, i tillegg til de som gir oppfølging av brukeren, kan bidra til bedre samarbeid ved behov og tidlig intervensjon.

For flere informanter er både det å få til innleggelse ved behov, og unngå unødvendige innleggelse viktig. Erfaringen til flere er at ved god planlegging og samhandling, kan en bedre tilgangen til behandling ved behov, unngå unødvendige innleggelse, særlig dramatiske akuttinnleggelse, og heller få det en informant kaller «de riktige innleggelsene».

Samarbeid om felles oppfølging

Vi ser at det som ofte beskrives som grunnlag for god samhandling og oppfølging av brukerne, er at det er etablert en sammenheng mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunen, og at aktørene er blitt kjent med hverandre og samhandler. I intervju med casekommunene ble det beskrevet ulike samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten. I én kommune var alle bosettinger av personer dømt til tvunget psykisk helsevern forberedt med en lengre periode med permisjoner hvor spesialisthelsetjenestens personale fulgte vedkommende ut i kommunen og i egen leilighet. Andre casekommuner var svært frustrert over manglende involvering fra spesialisthelsetjeneste i oppfølging av personer som var utskrevet til gjennomføring av tvunget vern utenfor institusjon. I spørreundersøkelsen spurte vi om erfaringer med permisjoner for personer i målgruppen før utskrivelse til TUD. Vi spurte også om erfaringer med at ansatte i spesialisthelsetjenesten fulgte pasienten ut i kommunen under permisjonen. I figur 6.8. og 6,9 ser vi at det er mange respondenter i kommunene som sier de har erfaring med permisjoner før utskrivelse, men at det er mindre vanlig at personale fra spesialisthelsetjenesten følger pasienter ut den første perioden etter utskrivelse. 13 av kommunene har erfaring med at ansatte i spesialisthelsetjenesten følger domfelte ut i kommunen (figur 6.9).

Figur 6.7 Kommunen har erfaring med følgende for personer dømt til tvunget psykisk helsevern. Flere svar mulig. (n = 42)

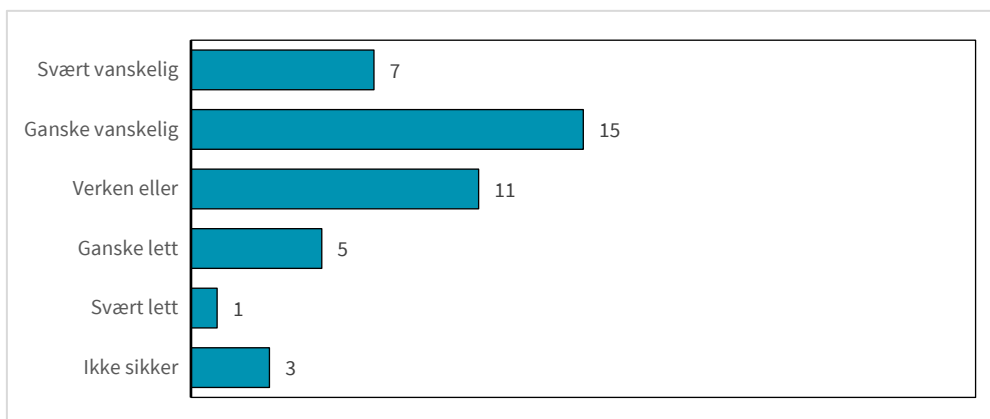


Figur 6.8 Kommunen har erfaring med følgende for personer sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern. Flere svar mulig. (n = 42).



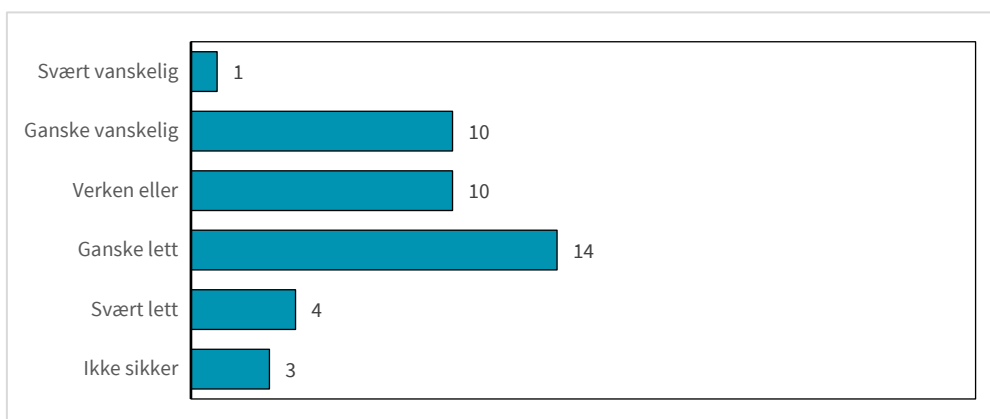
På bakgrunn av tilbakemeldinger i casestudien har vi spurt kommunene om deres erfaring med å få tilgang til planlagte innleggelse, dersom de vurderer forverring og behov for døgnbehandling hos personer i tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (sivilrettslig eller dom). Over halvparten opplever at dette er svært eller ganske vanskelig. Det er kun seks kommuner som opplever at dette er lett.

Figur 6.10 I tilfeller der dere vurderer at det er behov for en innleggelse av en bruker som er idømt eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgn). Hvor enkelt eller vanskelig er det å få til en planlagt innleggelse? (n = 42)



Det ser ut til å være noe enklere å få tilgang til råd og veiledning dersom ansatte i kommunen erfarer at bruker blir dårligere og de har utfordringer med å gi god oppfølging. 18 av kommunene oppgir at det i slike situasjoner enten er lett eller svært lett å få tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det 11 kommuner som opplever at det er vanskelig.

Figur 6.10 Når dere identifiserer forverring eller utfordringer i oppfølging av brukere idømt eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgn. Hvor enkelt eller vanskelig er det å få tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten? (n = 42)



Spørreundersøkelsen viser at det er utfordringer i samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i oppfølging av målgruppen for denne studien. Det er kommuner som erfarer at de har fått til godt samarbeid og fungerende samhandling, men undersøkelsen indikerer også at det er mange som opplever utfordringer i samarbeidet.

6.3 Vurdering av samtykkekompetanse

Iverksetting av tvangsmidler forutsetter at brukeren vurderes å ikke være samtykkekompetent. I 2017 ble lov om psykisk helsevern endret ved at manglende samtykkekompetanse ble innført som et vilkår for tvang. Lovendringen skulle styrke pasienter med psykiske lidelsers selvbestemmelse og redusere tvangsbruk innenfor psykisk helsevern. Psykisk helsevern skal som hovedregel utøves på bakgrunn av samtykke i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (jf. psykisk helsevernloven § 2-1). Psykisk helsevernloven §3-3 definerer flere vilkår for vedtak om tvunget psykisk helsevern. Det skal være forsøkt frivillig psykisk helsevern, og pasienten skal være vurdert av to leger, og i punkt 3 defineres krav om betydning av behandling, det ene at manglende behandling fører til at muligheten for bedring blir vesentlig redusert, eller at manglende behandling med stor sannsynlighet vil føre til vesentlig forverring i tilstand. I punkt 4 defineres et krav til manglende samtykkekompetanse, men at dette vilkåret ikke gjelder ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse.

Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 4.3) definerer hvem som har samtykkekompetanse, og at «samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

Det er med andre ord slik at en vurdering av samtykkekompetanse avhenger av den enkeltes evne til å forstå hva manglende behandling vil innebære. I Helsedirektoratets rundskriv til Psykisk helsevernloven, kapittel 2, refereres kravet om at det skal være åpenbart at pasienten ikke forstår implikasjonene av ikke å motta behandling, og årsakssammenhengen. Terskelen er høy. Samtidig beskriver rundskrivet hvordan vurdering av samtykkekompetanse skal gjøres. Rundskrivet understreker betydningen av å bruke tid og å kunne hente inn historikk fra både gode og dårlige perioder, for å vurdere samtykkekompetanse.

Vurdering av samtykkekompetanse er et tema mange er opptatt av i kommunene. Det er generelt stor forståelse i førstelinjen for en restriktiv linje når det gjelder bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. Det er flere informanter som presiserer at de ikke ønsker tilgang til bruk av tvangsmidler i kommunen. Det mange tar opp er at personer vurderes samtykkekompetente ut fra en svært annerledes kontekst enn den virkeligheten de skal forholde seg til ute i kommunen. Det kan være at personer blir vurdert samtykkekompetente inne i sykehuset, eller innenfor rammen av et kontor, men når de kommer ut, er de ikke i stand til å ivareta seg selv, eller mestre de omgivelsene de skal leve i, og blir en fare for seg selv og for andre.

Det er to situasjoner som ofte nevnes, den ene er medikamentell behandling og den andre er knyttet til innleggelse. Det første er frustrasjon med personer som i en periode har god nytte av medikamentell behandling, blir bedre og vurdert samtykkekompetent. Vedkommende velger da å avslutte behandling, og blir etter kort tid blir svært dårlig igjen. Det andre er situasjoner hvor personer har blitt mye dårligere, det kan være snakk om økt voldsrisiko, utagering, trusler og ødeleggelse, og blir vurdert for innleggelse. En informant beskriver et scenario som går igjen i flere av casene:

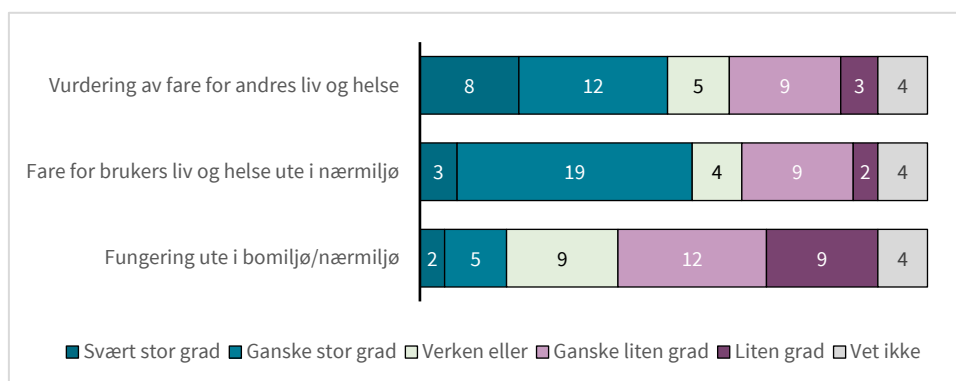
Når bruker kommer inn til en lege – inn på et kontor, da tar de seg sammen, og da er du samtykkekompetent der og da [...] og da vurdert samtykkekompetent og sendt hjem veldig raskt, kommer tilbake med xx. Ikke tilhenger av at folk skal være på tvang, men tenker at vi må hjelpe folk som ikke klarer å ta vare på seg selv.

I noen av kommunene er det lang avstand til døgnpost i sykehus, og frustrasjonen kan bli stor når de erfarer at brukerne etter en akuttinnleggelse hvor de har vært

psykotiske, blir vurdert med svært dårlig psykisk helse av ansatte i personalbase knyttet til boligen der de bor, eller i ambulante team i kommunen. De har kanskje truet folk i nabolaget, utagert på et kjøpesenter, og dagen etter at de ble innlagt er de utskrevet igjen og tilbake i nabolaget, ofte ifølge ansatte i kommunen nesten like dårlige som de var før de ble innlagt.

De kommunale tjenestene ser brukerne ofte, i samlokaliserte boliger med tilknyttet personalbaser vil de gjerne se brukerne flere ganger om dagen, og derfor utvikling i symptomer over tid. Flere informanter sier de opplever at tidspress i spesialisthelsetjenesten gjør at brukerne ikke blir observert over tid, at det gjøres vurderinger i en kort periode, hvor bruker kanskje klarer å fungere godt. Noen opplever at ansatte i spesialisthelsetjenesten vektlegger å gjøre selvstendige vurderinger og ikke ønsker informasjon om hvordan brukerne fungerer ute eller historikk med å ikke motta behandling.. I figur 6.12. ser vi at det er varierende erfaringer mellom kommunene som har svart på spørreundersøkelsen når det gjelder hvorvidt spesialisthelsetjenesten tar hensyn til brukerens fungering ute i kommunen ved vurdering av samtykkekompetanse for eventuell iverksetting av tvunget psykisk helsevern. Det er bare 7 av 42 som svarer at de opplever at spesialisthelsetjenesten tar hensyn til fungering ute i bo- eller nærmiljø. Halvparten opplever at dette i liten grad tas hensyn til, mens de øvrige ikke vet. I figur 6.12 ser vi at mer enn halvparten opplever at det tas hensyn til fare for brukers liv og helse ute i nærmiljøet, og nesten like mange mener at det tas hensyn til vurdering av fare for andres liv og helse.

Figur 6.11 Ved situasjoner hvor det er behov for vurdering av samtykkekompetanse for iverksetting av tvunget psykisk helsevern, i hvilken grad erfarer dere at spesialisthelsetjenesten tar hensyn til ... (n = 42)



I de åpne tilbakemeldingene i spørreskjemaet er det respondenter som tar opp at de opplever at krav til manglende samtykkekompetanse for iverksetting av tvunget psykisk helsevern, gjør at brukerne blir veldig dårlige før de får hjelp eller blir innlagt i døgnbehandling. Både i disse kommentarene og blant informanter i casestudien er det flere som er opptatt av at det er manglende lovgrunnlag for å agere før det oppstår kriser eller skjer alvorlige hendelser.

Det er kommuner som i kommentarfeltet sier at det å ta hensyn til fungering ute i kommunen og fare for bruker eller andre, ikke er en utfordring når det gjelder personer med alvorlig psykisk lidelse og en kjent vurdert forhøyet voldsrisiko, dom eller utskrevet til TUD. For øvrige pasienter er det derimot en utfordring. Noen av tilbakemeldingene dreier seg om at samtykkevurdering inne i spesialisthelsetjenesten er et øyeblikksbilde. Vurderingen av samtykkekompetanse fører til at personer ikke får tilstrekkelig helsehjelp over tid. I en av kommentarene skriver respondenten:

Vurderingene tar ofte utgangspunkt i her og nå. Pasienten er mer samtykkekompetent på inneliggende avdeling med tydelige rammer, enn ute i

kommunen når de kan ruse seg. Hva man er samtykkekompetent til er annerledes i kommunen, enn på en avdeling når de er rusfri og godt medisineret. Er ikke noe igjen av den samarbeidsevnen og samtykkekompetansen man så på post når de skrives ut.

Andre tilbakemeldinger kan være at det er ulike oppfatninger mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om brukers samtykkekompetanse. Ansatte som jobber tett på bruker opplever å ikke blir tatt hensyn til, selv når det er høy fare og voldsrisiko. At spesialisthelsetjenesten er tilstede der brukerne bor kan bidra til større innsyn i hvordan de mestrer livet ute. En kommune skriver som kommentar i spørreskjemaet:

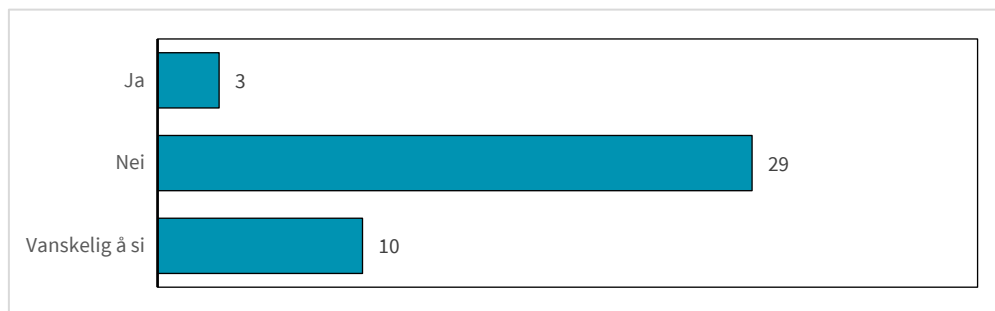
Vurdering av samtykkekompetanse synes å falle tilfeldig ut. Kommunen sitter ofte på førstehåndsupplysninger som kan understøtte kvaliteten i slik vurdering. Slike opplysninger blir ofte ikke medtatt i vurderingen. Unntaket er de sakene der FACT-teamet er inne.

Det er flere som mener at ambulante tjenester kan bidra til større forståelse av livet ute i bomiljøene i kommunen. Generelt viser vurderingene når det gjelder bruk av tvangsmidler og vurdering av samtykkekompetanse, de samme utfordringene som generelt for samarbeid. Det er for liten samhandling og kontakt mellom aktører i spesialisthelsetjenesten og kommunen, og for liten kjennskap til den kommunale konteksten som pasienter bosatt i egen bolig lever i.

6.4 Brukere som ikke får den behandling de har behov for

Informanter i casestudien tar opp at de mener det er uetisk at de har brukere i kommunen som ikke får tilgang til den behandlingen de har behov for. De har svært syke brukere som bor i egen bolig, og i perioder er så dårlige at de utsetter seg selv og andre for fare. En informant peker på at når brukere for eksempel ikke ønsker hjelp, så har det konsekvenser ikke bare for dem selv, men også for pårørende, for naboer og for ansatte. Spørreundersøkelsen viser at nesten alle kommunene mener at det er brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rus, og en vurdert voldsrisiko som ikke får den behandlingen de har behov for.

Figur 6.12 Er det i tilstrekkelig grad tilgang til behandling for brukere bosatt i kommunen med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rus, og vurdert voldsrisiko. (n = 42)



28 kommuner har valgt å utdype hva de mener er årsaken til at personer ikke får tilstrekkelig tilgang til helsehjelp. Det er to ting som går igjen. Manglende kapasitet i døgnbehandling og manglende tilgang til ambulant behandling i kommunene. Det henvises til begrenset kapasitet og fulle avdelinger både i sykehus og DPS. Når det gjelder ambulant behandling er det kommuner som kommenterer at de ikke har den type tilbud og det gjør at brukere ikke får tilgang til behandling, men også kommuner

som sier de har for eksempel FACT, men at kapasiteten er sprengt eller at det brukere som ikke kvalifiserer til opptak i FACT.

Et annet forhold som går igjen, er at det er uklarhet i spesialisthelsetjenesten om hvem som har behandlingsansvar for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse og selv om dette er avklart får de ikke den behandling de har behov for. En annen gruppe som ofte faller på siden av behandlingstilbud og ikke får den behandlingen de har behov for er personer med psykiske lidelser eller alvorlig psykiske helseproblemer og vurdert kognitiv svikt eller utviklingshemming.

29 kommuner har valgt å svare på om det er noen grupper som de mener har særlig behov for bedre tilgang til helsehjelp. Halvparten nevner personer med samtidig rus- og psykisk lidelse eksplisitt. Generelt for alle 29 er at de peker på personer med sammensatte lidelser som nesten alle har rusproblemer. En respondent skriver om hvem de mener har behov for bedre helsehjelp:

Personer med samtidig rus og psykiske lidelser og adferdsutfordringer med behov for kombinert behandling for rus og psykisk helse. Liten tilgang til langtidsplasser og avrusning. Både TSB og psykisk helse finner grunner til å skyve og ikke ta ansvar. Personer med lav kognitiv fungering, (pga. hjerneskade, mulig demens, usikker diagnose) men som ikke er PU og som er vurdert til å være samtykkekompetente, som bruker sin frie vilje til å gjøre dårlige potensielt skadelige valg.

I kapittel 3 presenterte vi kommunenes vurderinger av hvorvidt det er noen grupper som er særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud. Vi ser at de er svært mange likhetstrekk i beskrivelsene. Det som ofte blir pekt på er personer med sammensatte behov, og personer i målgruppen som ikke ønsker hjelp, og derfor ikke får den behandling og oppfølging som hjelpeapparatet mener at de har behov for.

6.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi vist at kommunene forholder seg til en spesialisthelsetjeneste innenfor psykisk helsevern som er svært heterogen. Innretting av behandlingstilbud og prioriteringer varierer mellom de regionale helseforetakene, men også mellom helseforetak og sykehusområder innenfor regionen.

Det er stor forskjell i erfaringene med samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Avstand betydning, hvor langt det er til nærmeste sikkerhetsavdeling, døgnpost og DPS, men det er også ulikheter som ikke skyldes geografisk avstand eller kommunestørrelse, men ser ut til å være mer knyttet til hvordan spesialisthelsetjenesten har innrettet tilbudet, prioritering og kultur for samarbeid. Det er kommuner som erfarer at de har fått til godt samarbeid og fungerende samhandling, men undersøkelsen viser at det også er mange som opplever utfordringer.

De fleste kommuner oppgir at de har tilgang til en form for ambulante behandlingstilbud. Det er variasjon i hvor tilgjengelig det ambulante behandlingstilbudet er og kapasitet i tilbudet. Det mest vanlige er å ha FACT-team. 25 av 36 kommuner oppgir at de har FACT-team eller ACT-team i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Bare tre av kommunene oppgir at det er tilgang til FACT sikkerhet eller andre spesialiserte behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk lidelse og sikkerhetsproblematikk i deres område.

I en vurdering av samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse av personer dømt til tvunget psykisk helsevern, er det 16 av 42 kommuner som vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt. I samarbeid om personer vurdert

til tvunget psykisk helsevern og forhøyet voldsrisiko som utskrives til TUD er det 15 som vurderer samarbeidet som godt. Det er flere som svarer at det er så stor variasjon at det ikke er mulig å gi en samlet vurdering

Kommunenes beskrivelser av hva som karakteriserer en god utskrivelse tar opp; betydningen av at det innledes samarbeid om utskrivelse i god tid før utskrivelse, avklarte roller, helhetlig tilnærming, bruk av planer, og likeverdighet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Betydningen av å involvere bruker tas også opp.

God bruk av kriseplaner eller andre planverktøy er en felles tilbakemelding fra mange, i tillegg til tilgang til voldsrisikovurderinger og dialog om brukerens fungering. God informasjonsflyt og tilgang til kontaktperson i spesialisthelsetjenesten for veiledning og dialog etter utskrivelse er et annet punkt. Gjennomgående legges det vekt på behovet for dialog og samarbeid.

De fleste kommunene oppgir at de har erfart å være uenig i spesialisthelsetjenestens vurdering av at en pasient i målgruppa er utskrivningsklar. Vi ser at de fleste oppgir at årsakene til uenigheten handler om pasientens funksjonsnivå, og hvorvidt vedkommende kan vurderes som ferdig behandlet. Det handler ofte om at pasienten beskrives å ha behov for heldøgntjenester og kontrollregimer som spesialisthelsetjenesten mener kan videreføres innenfor kommunens handlingsrom. Kommunene erfarer Dette er krav om at kommunen skal forvalte kontroll og overvåkningstiltak som i praksis innebærer bruk av tvang.

I kapitlet ser vi at det er behov for å klargjøre hva som er kommunenes og spesialisthelsetjenestens handlingsrom, selv om lovverk, forskrifter og retningslinjer gir klare føringer. Flere erfarer at det er manglende kjennskap til lovverket og begrensningene i kommunenes bruk av tvangstiltak, kontroll og overvåkning. Generelt er behovet for mer dialog og samhandling gjennomgående i tilbakemeldingene fra de kommunale respondentene.

Felles planlegging av utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse kan medvirke til gode overganger. Det er varierende praksis med møter for planlegging av utskrivelse. 13 av 42 kommuner svarer at det alltid gjennomføres møter for å planlegge utskrivning, og like mange at dette skjer ofte. 15 kommuner svarer at dette bare skjer av og til. Mange svarer at det er stor variasjon.

Flere peker på gode planer som grunnleggende for at ivaretagelse av personer med alvorlig psykisk lidelse og vurdert voldsrisiko. 28 av 42 kommuner sier at det er samarbeid om utvikling av planer før utskrivelse av målgruppa, mens 10 kommuner svarer at det ikke er det. Ulike planer kan ha ulikt formål. Der hvor det beskrives at planer fungerer fint som grunnlag for samarbeid er det ofte gjennomarbeide planer, konkrete beskrivelser og tydelig avklarte roller, ansvar. Dessuten har bruker ofte vært involvert.

Det er mange som erfarer utfordringer med tilgang til spesialisthelsetjenesten ved identifisering av forverring i brukerens situasjon etter utskrivelse. Over halvparten av de kommunale respondentene oppgir at det er vanskelig å få tilgang til planlagte innleggelser dersom de vurderer forverring og behov for døgnbehandling hos personer utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon. Det er bare seks kommuner som opplever at dette er lett. Det noen flere, 18 av kommunene, som oppgir at det i slike situasjoner er lett å få tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det 11 kommuner som opplever at også dette er vanskelig.

Vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med iverksetting av tvunget psykisk helsevern, er et tema som mange i kommunene er opptatt av. Det er generelt stor forståelse i førstelinjen for en restriktiv linje når det gjelder bruk av tvang og det er flere informanter i kommunen som presiserer at de ikke ønsker tilgang til bruk av

tvangsmidler. Det mange tar opp som en utfordring er at vurdering av samtykkekompetanse skjer innenfor en kontekst som er svært annerledes fra den virkeligheten de skal forholde seg til ute i kommune. Det er varierende erfaringer mellom kommunene som har svart på spørreundersøkelsen når det gjelder hvorvidt spesialisthelsetjenesten tar hensyn til lokal kontekst. Det er få som erfarer at det blir tatt hensyn til brukers fungering i bo og nærmiljø. 7 av 42 kommuner opplever at ansvarlig i spesialisthelsetjenesten tar hensyn til dette. Det er flere som erfarer at det blir tatt hensyn til fare for brukers liv og helse. Like mange oppgir at det tas hensyn til vurdering av fare for andres liv og helse.

Spørreundersøkelsen viser at nesten alle kommunene i utvalget oppgir at det er brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rus, og en vurdert voldsrisiko som ikke får den behandlingen de har behov for. Manglende kapasitet i døgnbehandling og manglende tilgang til ambulant behandling i kommunene oppgis som de viktigste årsakene til dette. 29 kommuner har valgt å svare på om det er noen grupper som de mener har særlig behov for bedre tilgang til helsehjelp. Halvparten tar opp personer med samtidig rus- og psykisk lidelse eksplisitt. Generelt for alle 29 er de peker på personer med sammensatte lidelser som nesten alle har rusproblemer

7 Kostnadsanalyse - kommunenes merkostnader som følge av voldsrisiko

I dette kapittelet ser vi på hvilke merkostnader kommunene har ved å ivareta brukere med voldsrisiko. For de fleste av brukerne i målgruppen ville det vært utgifter for kommunen med bolig- og helsetjenester, selv om det ikke hadde vært vurdert voldsrisiko.

Problemstillingene vi ser på i dette kapittelet er:

- Hva er de viktigste kostnadsdriverne som følge av økt voldsrisiko?
- Hvor store er de ekstra kostnadene som følge av voldsrisiko?
- Hvilke forhold og tiltak kan bidra til å redusere merkostnadene for kommune som følge av voldsrisiko?

Våre primære datakilder til kostnadsanalysene er intervjuene i casestudien og spørreundersøkelsen. Casestudien ga en bedre forståelse av kostnadsbildet, kostnadsdriverne og eksempler på tall og kvantifiseringer av kostnadene. Spørreundersøkelsen ga mer innsikt i kostnadsdriverne og bedre mulighet til å tallfeste sentrale kostnadsdriverne i kommunene.

Vi ser først på faktorer og forhold som er med å drive opp kommunenes kostnader ved målgruppen, før vi kort omtaler tilskuddsordningen «Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester». Deretter ser vi på kostnadene i noen *idealtypiske kommuner* vi har konstruert med hensikt å illustrere hvordan kostnadene til kommuner varierer langs ulike dimensjoner.

7.1 Hva er de viktigste kostnadsdriverne?

I dette avsnittet ser vi på de viktigste forholdene som medfører ekstra ressursbruk og kostnader for kommunene som følge av voldsrisiko. Dette er forhold som ble nevnt ofte av de vi intervjuet i casestudien som de viktigste kostnadsdriverne. Ikke overraskende er flere knyttet til behovet for forsterket bemanning ved bo- og tjenestetilbud til målgruppen. Også i spørreundersøkelsen ble dette trukket frem som de største utgiftene for kommunen.

Behov for ekstra personal og ekstra bemanning på grunn av voldsrisiko

Kostnadene ved ekstra personale utgjør de største merkostnadene for kommunen. Det er normalt også behovet for høyere bemanning som øker kostnadene ved kjøp av tjenester, se ytterligere utdypning av dette nedenfor.

I intervju og spørreskjema oppgir kommunene ofte at voldsrisiko innebærer at det må være flere på jobb samtidig. I ambulant og oppsøkende oppfølging betyr det at det er behov fort to ved besøk hos brukere i målgruppen. En informant fra en kommune uttalte for eksempel at man «aldri kan dra kun én person til en der det er

forhøyet voldsrisiko». Voldsrisiko innebærer ofte tettere oppfølging og at man oftere ser til personen av hensyn til samfunnssikkerheten. Også dette betyr at man får økt ressursbruk.

Som vist i kapittel 4, kan det ii botilbud være nødvendig med høyere bemanning på grunn voldsrisiko. Videre kan kompetansekrav øke kostnadene. En informant viser til et eksempel med bemanning på to med terapeututdanning på dag og kveld, men ingen på natt, syv dager i uka, og at det vil koste 5,5 millioner i året.

En storbykommune anslår i spørreundersøkelsen gjennomsnittlig 1,9 millioner i nettokostnad per bruker per år for bo- og tjenestetilbud som kommunen selv tilbyr personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt TUD. Respondentene ble i spørreundersøkelsen bedt om å oppgi alle kostnader som nettokostnader, hvis mulig. Med kommunenes nettokostnader menes kostnader etter refusjon fra staten fra tilskuddsordningen «Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester». Denne tilskuddsordningen er omtalt nærmere nedenfor.

Behovet for ekstra personale kan være særlig krevende i små og mellomstore kommuner. Disse kommuner har ofte dårligere tilgang til kvalifisert arbeidskraft, mindre buffer på relevante arbeidskraftressurser og mindre fleksibilitet i bruken av arbeidskraften. Dette kan drive opp kostnadene for de små kommunene ytterligere.

Tjenester som hjemmesykepleie eller annen hjemmetjeneste er gjerne betydelig mer effektiv når det er en ansatt som utfører tjenesten. I en liten kommune hvor psykisk helseteam har to eller tre ansatte, vil en bruker med vurdert voldsrisiko kunne binde opp to ansatte for hvert besøk. Dersom det må være to ved hvert besøk, og det brukes lengre tid enn vanlig på grunn av økt voldsrisiko, kan det gå utover andre brukere. Dette er også en samfunnsmessig kostnad, selv om den kan være vanskelig å gjenfinne i kommunens regnskaper.

Stordriftsfordeler ved bofellesskap og samlokaliserte boliger

Bofellesskap eller samlokaliserte boliger gjør det mulig å ha personalbaser knyttet til disse botilbudene, og dermed mulig til å hente ut stordriftsfordeler. For eksempel oppgir en stor kommune at i deres samlokaliserte boliger er den høyeste bemanningen de har 0,75 til 1. Det er et særlig tilrettelagt botilbud for rus og psykisk helse. I denne kommunen har man i bofellesskap eller samlokaliserte boliger innenfor rus- og psykisk helse med personalbase en bemanning på 0,5 til 1.

Som vist til i kapittel 4.1 planlegger man i en kommune et botilbud med seks plasser, og der har tenkt til å tilby bolig til to personer dømt til tvunget psykisk helsevern. I dette botilbudet skal det være to ansatte på jobb til enhver tid. Der vil man få stordriftsfordel ved at det kan bo fire andre i botilbudet, som ikke har noe særskilt behov for flere ansatte, og som heller ikke krever andre tjenester. Løsningen er resurseffektiv, og man planlegger å ta den i bruk ved flere botilbud.

Særlig såkalte enetiltak med høy personaltetthet kan bli kostbare for kommunen. Vi omtalte enetiltak og behovet for bemanning ved slike tiltak i kapittel 4.1

Kjøp av tjenester fra eksterne er kostnadskrevende

Når en kommune kjøper plasser fra andre kommune eller fra ideelle eller kommersielle aktører, kan dette være en vesentlig utgiftspost for kommunen. Noen kommuner kjøper tjenester fordi det er for krevende for kommunen å etablere tilpassede tjenester selv, for eksempel fordi kommunen ikke har boliger med tilknyttet personalbase og døgnbemanning, eller det er behov for særlige tiltak når det gjelder begrensinger eller kontroll av brukerens livsførsel (se kapittel fire for årsaker til kjøp av tjenester).

En storbykommune oppgir i spørreundersøkelsen at de har i gjennomsnitt 3,8 millioner i nettokostnad etter refusjon per bruker per år ved kjøp av døgntilbud til personer dømt til eller underlagt tvunget psykisk helsevern.

Et konstruert, men realistisk eksempel, innhentet fra en av våre casekommuner, viser nettokostnader på om lag 3,1 millioner per år ved kjøp av tjeneste fra ekstern leverandør til én bruker. Da er det forutsatt bemanning med to på dag og kveld, og en på natt.

7.2 Andre kostnaddrivere

I intervjuene er det også trukket frem flere andre forhold som bidrar til merkostnader ved forhøyet voldsrisiko. Flere nevner at administrasjon, som planlegging, møter, samarbeid og koordinering, kan innebære store kostnader for kommunene. En informant nevner at kommunen må ha drøftingsmøter for å komme frem til den beste løsningen for brukeren:

«Da sitter vi ofte sju-åtte personer i timevis. Og så er det oppfølging i etterkant. Dette involverer avdeling for psykisk helse, lege og hjemmetjeneste.»

Også en annen informant nevner at problematikken medfører «masse planlegging og drøftingsmøter», og at dette medfører belastning på de ansatte. Det har også blitt pekt på at det kan gå betydelige ressurser med til administrasjon av kjøp av bo- og tjenestetilbud fra eksterne leverandører.

Administrasjonskostnadene vil ikke være direkte synlige i regnskapene. I spørreundersøkelsen svarte en respondent at administrasjon i lange perioder krevde om lag 50 prosent enhetslederstilling, 30 prosent avdelingslederstilling og 50 prosent faglederstilling.

Tilpasninger av bygninger kan også være kostnadsdrivende. En informanter peker på at det er stadig større kostnader knyttet til tilpasninger av boligen. Den skal være robust, men også se ut som et hjem. I spørreundersøkelsen viste én kommune til en spesifikk bruker som må ha egnet bolig. Ifølge respondenten må kommunen her kjøpe et eget hus som må bygges om og tilpasses etter de sikkerhetskrav som foreligger, og at dette ville innebære kostnad på omtrent 6 millioner i investeringskostnad.

Det er også kostnader knyttet til alarm- og videosystemer i boligene (se kapittel 5 for ytterligere informasjon av hvilke sikkerhetstiltak kommunene har). Alarmsystemene kan noen ganger være koblet opp til vekterselskaper. En respondent i spørreundersøkelse svarte at ved etablering av nye boenheter er det en kostnad på 150–200 000 per boenhet for alarm- og videosystemer, varierende etter hvor mange boenheter som samles. Ved etterinstallering i eksisterende bolig er kostanden 200–250 000 per boenhet. Videre påløper årlige driftskostnader på 13 500 per boenhet.

Ødeleggelser av bygninger er også en kostnad for kommune. Én informant viser til at det kan være ganske store rehabiliteringskostnader knyttet til boligene. En stor kommune viser også til ødeleggelser på inventar ved utagering på legevakten, og at dette kan skje ganske ofte.

Det er også kostnader ved kompetanseheving, for eksempel kurs i håndtering av voldsrisiko, men også annen opplæring for å sikre kompetanse i tjenestene overfor brukerne.

Kostnadene ved sykefravær og personslitasje blir også trukket frem. I intervjuene nevnes det at folk blir sykemeldte fordi de har opplevd trusler om vold eller vold. Høyere turnover og utskiftning av ansatte merkes også som en konsekvens.

Det kan også bli mange henvendelser til legevakten og fastlege fra brukerne i målgruppen, og det kan binde opp ressurser der.

Videre er det reisekostnader, for eksempel at personale må følge brukerne til sykehus.

Til sist blir det også trukket frem at gruppen kan kreve betydelige ressurser fra politiet. Politiet kan for eksempel måtte bistå ved innleggelses og følge med ved besøk. Dette er ikke en direkte utgift for kommunen, men disse politiresursene kunne blitt brukt på andre måter.

7.3 Andre forhold som virker på kostnadene

Mindre kommuner har ofte høyere kostnader per bruker

Flere av de vi intervjuet pekte på forskjeller i kostnader per bruker mellom store og små kommuner. Kostnadsforskjellene kan skyldes ulikheter i bo- og tjenestetilbud. Det kan også skyldes forskjeller i kompetanse.

Flere av informantene viste til at spesialisthelsetjenesten før utskriving av brukere fra døgntilbud, ofte melder til kommunen at det er behov for bolig i bofellesskap med personalbase og døgnbemanning. Større kommuner har oftere samlokaliserte boliger og bofellesskap med personalbase enn mindre kommuner (se kapittel fire for informasjon om kommunenes bo- og tjenestetilbud). Større kommuner har også tilgjengelig flere typer botilbud og tjenester som kan tilbys brukerne. De kan for eksempel ha større muligheter for å tilby spesialiserte tjenester innen ROP. De kan ha flere ambulante psykisk helse-team eller boligsosiale oppfølgingsteam. Det betyr for eksempel at en som utskrives ofte kan plasseres i eksisterende tilbud. Mindre kommuner har på den annen side, færre ansatte og mindre rom for fleksibilitet, og de har gjerne lite utbygd tjenestetilbud og færre ressurser med riktig kompetanse. Det betyr at de ofte må etablere egne tilbud til enkeltpersoner, eller kjøpe tilbud. En informant viser for eksempel til at større kommuner alltid vil ha flere i tiltak som i bofellesskap med personalbase, men at når kommunen informanten er ansatt i må kjøpe tjenester, gjør det et «voldsomt innhugg i helse- og omsorgsbudsjettet».

Innretningen av det kommunale tjenestetilbudet

Kommuner kan tilpasse og tilrettelegge innenfor etablerte tilbud og gjøre tjenestetilbudet mindre ressurskrevende.

Flere informanter i kommunene la vekt på betydningen av å ha fleksible ambulante team som kan tilpasse oppfølgingen og tjenestene etter brukernes behov. I perioder kan en bruker ha behov for tett oppfølging, mens i andre perioder kan behovet være mindre. Som nevnt i kapittel 4 var en av våre casekommuner ved intervjuutidspunktet i ferd med å gå over fra å jobbe vedtaksbasert i psykisk helse og rusteamet, til en ordning der man formulere åpne vedtak som gir mulighet for å tilpasse oppfølgingen etter behov. Slik tilpasning kan bidra til å redusere kommunenes kostnader, uten at det går ut over brukeren eller samfunnssikkerheten.

Noen kommuner kan også innrette tjenestene på andre måter for å redusere ressursbruken, men samtidig opprettholde et godt tjenestetilbud. En kommune viser til at de bruker det personalet som bruker har god relasjon til, og at det er med på å styre hvilke ansatte som går til hvilke brukere. Dermed klarer kommunen seg med de ressursene de har. Informanten viser også til det er en del av hverdagen å vurdere HMS.

Som et yttertilfelle vurderer en kommune at det å ha brukere hvor det er voldsrisiko ikke har betydning for tjenestene eller kostnadene:

For vår del ikke noen merkostnader. Vi er en tjeneste som jobber dag og kveld, og der det er to personer på. Det er ikke slik at det blir noen ekstra kostnader fordi om det er noen vi må gå to til. Sånn sett utløser ikke de store kostnader.

Samtidig kan voldsrisikoen noen ganger bety at de må jobbe lengre dager eller overtid, og at andre brukere må vente. Det innebærer kostnader for samfunnet. Så er det også et spørsmål om det faktisk ville vært to ansatte hele tiden dersom det ikke hadde vært noen voldsrisiko.

7.4 Tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester

Formålet med tilskuddsordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av lønnsutgifter direkte knyttet til disse tjenestene. Det er bare en andel av direkte lønnsutgifter som er refusjonsberettigede. Det gis refusjon for 80 prosent av direkte lønnsutgifter⁶ som overstiger innslagspunktet, som i dag er 1,47 millioner.

Ordningen har vært kommentert i datainnsamlingen. Blant annet har det blitt påpekt at om en bruker der det er vedtak om mye tjenester, men der utgiftene ikke kommer helt opp til egenandelgrensen, så risikerer kommunen å sitte igjen med nettoutgifter på over en million kroner per år. Det har blitt kommentert at egenandelen er urimelig høy for en del typer brukere:

Ordninga med ressurskrevjande brukarar er dårleg for denne gruppa. Her blir ein trekt for tilskot dersom personen for ein periode blir lagt inn i institusjon, medan kommunen har dei same løns utgiftene. Ein kan ikkje berre slutta å betale ut løn til personalet, som ofte er tilknytt ein felles teneste / base.

Også en annen respondent skriver i spørreundersøkelsen om denne refusjonsordningen:

Flere av disse vil ikke utløse refusjon fra staten, da de ikke nødvendigvis har et omfattende behov for tjenester. Det er for sikkerheten til personalet at vi har flere som reiser til hver enkelt, eller at vi har flere personal i den samlokaliserte bolig.

Når vi i neste avsnitt beregner kostnader for fire idealtypiske kommuner, beregner vi utgiftene kommunene sitter igjen med etter refusjon fra tilskuddsordningen. Vi benytter derfor betegnelsen nettokostnader.

7.5 Fire idealtypiske kommuner som illustrerer merkostnadene som følge av voldsrisiko

I dette kapitlet ser vi på fire *idealtypiske* kommuner for å illustrere kommunes merkostnader som følge av voldsrisiko. En idealtypisk kommune er en konstruksjon der typiske egenskaper ved kommunen trekkes frem, og der vi med grunnlag i empiri kan

⁶ Med direkte lønnsutgifter menes lønn knyttet til direkte brukertid, det vil si når tjenesteyteren er i direkte interaksjon med brukeren. Alt av administrasjonsarbeid, opplæring/veiledning, reisetid, etc. faller utenfor tilskuddsordningen.

se på hvordan kommunenes kostnader varierer langs flere dimensjoner. Bruk av idealtyper skal gi et mer oversiktlig sammenligningsgrunnlag med klare og karakteristiske trekk. Det er viktig å understøtte at kommunene er konstruerte og ikke reelt eksisterer. Kommunene er også svært forenklede fremstillinger, der vi har hatt størst oppmerksomhet på de sentrale kostnadsdriverne. Vi har utelatt aspekter og egenskaper ved kommunen som ikke er av betydning for kostnadene. Det er også viktig å understreke at eksemplene ikke gir det fulle kostnadsbildet for kommunene. Når alle kostnadselementer tas med, kan både kommunenes regnskapsførte utgifter og de samfunnsøkonomiske kostnadene bli betydelig større enn det eksemplene viser.

For hver av de idealtypiske kommunene har vi basert oss på empiri fra flere kommuner. Vi har også brukt anslag på kostnader og besparelser som vi har beregnet ut fra skjønnsmessig fastsatte verdier og forutsetninger for bemanning, tidsbruk og lønnsnivå. I disse beregningene har vi også anvendt en enkel kalkylemodell for kostnader ved kjøp av plass til ressurskrevende bruker, som en av casekommune har satt opp. Denne modellen beregner også refusjon i henhold til tilskuddsordningen, slik at det er nettokostnader som beregnes.

De idealtypiske kommunene er konstruert med utgangspunkt i antall innbyggere. Kommune A er en liten kommune, mens kommunene B og C er to mellomstore kommuner. Kommune D er en storbykommune. Det som primært skiller kommunene B og C er i hvilken grad spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig for kommunen.

Kommune A: Liten kommune med forholdsvis bra tilgjengelighet til tjenester fra spesialisthelsetjenesten

Kommune A har fire tusen innbyggere. Det er ikke tilgjengelig DPS i kommunen. Det er om lag halvannen times kjøretur til DPS og sykehus med sikkerhetsavdeling i nabokommunen.

Avdeling for helsetjenester kjenner til fire personer som er hjemmehørende i kommunen og er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, og hvor det er en kjent forhøyet voldsrisiko. Alle fire har rusproblemer, og én er utskrevet til TUD.

Kommunen har ikke egnet botilbud til den ene av de fire. For denne personen har spesialisthelsetjenesten anbefalt at personen skal bo i leilighet eller bofelleskap med døgnbemanning av hensyn til samfunnsvernet. Kommunen har imidlertid ikke bofelleskap for personer med psykiske lidelser fra før, og har vurdert det som for krevende å opprette et slikt tilbud, fordi kommunen mener det ikke er egnet bolig i kommunen og fordi den mangler kompetanse. Kommunen kjøper derfor bo- og tjenestetilbud fra en større nabokommune. Nabokommunen som kommune A kjøper tjenesten fra har etablert et enetiltak med døgnbemanning, to ansatte dag og kveld og en ansatt natt. Etter refusjon har kommune A en årlig nettoutgift på om lag 2,8 millioner for denne brukeren.⁷

Én av de fire har hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien er hos denne fem ganger i uken og går alltid to i stedet for normalt bare én, på grunn av voldsrisikoen. Ved anslått varighet på om lag 1 time per besøk, inkludert reisetid, beregner kommunen ekstra kostnad på om lag 150 000 kroner i året.⁸ Fordi de samlede kostnadene per bruker ikke kommer over terskelverdien for tilskuddordningen, får ikke kommunen refusjon for disse kostnadene. Videre mener kommunen at belastningen for

⁷ Nettokostnaden er beregnet ved en kalkylemodell for kjøp av tjeneste fra ekstern leverandør, som er satt opp av en av casekommunene. Størrelsene på variablene er satt ut fra erfaring og skjønn. I eksemplet for casekommune A er også indirekte kostnader og påslag fra kommunen det kjøpes tjeneste fra satt skjønnsmessig.

⁸ Kostnaden er beregnet ved anslått tidsbruk og timekostnad ved ekstra bemanning.

kommunens helse- og omsorgstjenester oppleves som større, blant annet fordi de ekstra sykepleieressursene kunne blitt brukt til andre oppgaver i kommunen.

De siste to av de fire med forhøyet voldsrisiko mottar ikke kommunalt bo- eller tjenestetilbud.

Politiet har hatt noen utrykninger ved husbråk.

Sammen med andre kommuner i regionen, har kommune A tjenester fra FACT-team og FACT-Sikkerhet. Teamene er i kommunen to til tre ganger i uken. De gjør blant annet uformelt tilsyn med kommunens tjenester og gir råd og veiledning. Kommunen har også ukentlige møter med FACT-teamet. Kommunen vurderer at de har godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

For alle de fire er det ekstrakostnadene knyttet til administrasjon og interne møter i kommunen, og møter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunen anslår 0,3 årsverk knyttet til dette, det vil si om lag 300 000 kroner per år.

Kommunen har også en del reisekostnader knyttet til tre brukere, for eksempel transport til og fra sykehuset i nabokommunen. Kommunen anslår disse kostnadene til 60 000 kroner per år.⁹

Tabell 7.1 Kostnader for idealtypisk kommune A som følge av voldsrisiko. Kommune A er en liten kommune med forholdsvis bra tilgjengelighet til tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Alle beløp er nettkostnader.

Årlig nettoutgift ved kjøp av bo- og tjenestetilbud til en bruker fra nabokommune	2,8 mill. kroner
Årlig ekstra kostnad ved hjemmesykepleie til en bruker fordi det må være to ansatte i stedet for kun en	0,15 mill. kroner
Årlige økte administrasjons-kostnader pga. voldsrisiko	0,3 mill. kroner
Årlige økte transportkostnader pga. voldsrisiko	60 000 kroner

Kommune B: Mellomstor kommune, der spesialisthelsetjenesten i mindre grad bistår kommunen med personene i målgruppen

Kommunene B har ti tusen innbyggere. Kommunen har ikke sykehus, men det ligger et sykehus med sikkerhetsavdeling i nabokommunen, om lag en times kjøretur unna kommunesenteret i kommune B.

I kommunen bor det to personer som er dømt og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn. I tillegg bor det femten personer i kommunen som er diagnostisert med omfattende psykisk lidelse og vurdert med forhøyet voldsrisiko, og er utskrevet fra døgnbehandling til TUD. Nesten alle disse har rusproblemer. Kommunen har oversikt over de som får kommunale helse- og omsorgstjenester, men ikke de som ikke mottar kommunalt tilbud.

Personene i målgruppen som bor i kommunen som har ulike bo- og tjenestetilbud. Kommunen kjøper plass fra en privat leverandør til én av de som er utskrevet fra tvunget psykisk helsevern. Ved utskrivelse meldte sykehuset et behov for enetiltak og døgnbemanning. Kommunen vurderte at den verken hadde kompetanse eller egnede lokale botilbud og besluttet derfor å kjøpe plass til denne personen. Årlig netto-utgift for kommunen for dette er 3,5 millioner. Bemanningen ved enetiltaket er to personer døgnnet rundt.¹⁰

Spesialisthelsetjenesten har bedt om døgnbemanning for ytterligere to personer i målgruppen. Disse bor i ett bofellesskap sammen med tre andre, som ikke har vurdert

⁹ Beregnet ved anslått reisetid per år og timekostnad for personale som følger bruker på reise.

¹⁰ Størrelsen er beregnet ved kalkylemodell for kjøp av tjeneste fra ekstern leverandør, med skjønnsmessig fastsettelse av blant annet indirekte kostnader og påslag fra leverandøren det kjøpes tjeneste fra.

forhøyet voldsrisiko. Det er personalbase i bofellesskapet, bemannet med fire på dag og kveld og to på natt. Kommunen vurderer at det kun ville vært en på dag og kveld og ingen på natt dersom de to med forhøyet voldsrisiko ikke hadde bodd i dette bofellesskapet. Kommunen beregner samlet netto ekstrakostnader ved bemanning som følge av voldsrisikoen til disse to, til 4,25 millioner i året.

Fem av personene med forhøyet voldsrisiko har for tiden hjemmetjeneste, blant annet for utdeling av medisin. Kommunen beregner merkostnad som følge at det må være to personer til 400 000 kroner per år.¹¹

Kommunen vurderer at den har dårlig tilgang til tjenester fra spesialisthelsetjenesten, og at det også er dårlig samarbeid. Kommunen opplever for eksempel at det er utfordrende at spesialisthelsetjenesten «bestiller» tilbud fra kommunen ved utskrivning, uten tilstrekkelig dialog med kommunen. Kommunen etterlyser for eksempel at spesialisthelsetjenesten skal høre kommunens erfaringer med og vurderinger av brukeren. Det er heller ingen systematikk for felles møter om utskrivningsklare pasienter. Kommunen mener den også har dårlig tilgang på oppdaterte voldsrisikovurderinger fra sykehuset. I regionen er det heller ikke ambulante team i regi av helseforetaket. Kommunen opplever at de møter et byråkratisk og tungrodd system når de vurderer at det er behov for innleggelse. Henvendelsen må ta tas via fastlege eller DPS i nabokommune.

I tillegg til personalkostnader, vurderer kommunen at det er betydelig administrasjonskostnader, blant annet veldig mange samarbeidsmøter intern og eksternt. Etter kommunens vurdering er det samlet ett årsverk, 1 million per år.

Politiet opplever en del ekstra ressursbruk som følge av personene i målgruppen. I tillegg er det tidsbruk og ressursbruk hos legevakt og hos brukernes fastleger.

Tabell 7.2 Kostnader for idealtypisk kommune B som følge av voldsrisiko. Kommune B er en mellomstor kommune, der spesialisthelsetjenesten i mindre grad bistår kommunen med personene i målgruppen. Alle beløp er nettokostnader.

Årlig nettoutgift ved kjøp av tjeneste til en bruker fra eksternt leverandør	3,5 millioner
Årlig nettokostnad for to personer i bofellesskap	4,25 millioner
Årlige merkostnader ved hjemmetjenester til fem brukere fordi det må være to ansatte	0,4 millioner
Årlige merkostnader ved administrasjon	1 million

Kommune C: Mellomstor kommune, med god tilgjengelighet til spesialisttjenesten på området

Kommune C er på de fleste relevante områder lik kommune B. Kommune C har ti tusen innbyggere. Den har ikke sykehus, men det ligger et sykehus med sikkerhetsavdeling i nabokommunen. I kommunen bor det to personer som er dømt og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn. I tillegg bor det 15 personer i kommunen som er diagnostisert med omfattende psykisk lidelse, vurdert med forhøyet voldsrisiko, og som er utskrevet til TUD.

Forskjellen fra kommune B er at kommune C har et godt samarbeid med og god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten. Kommune C har blant annet tilgjengelig et FACT-Sikkerhetsteam som tar seg av oppfølgingen av personene med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko. Teamet er felles for fem kommuner i regionen, og samfinansieres av helseforetaket og kommunene. FACT-Sikkerhet er i kommunen flere ganger i uken. Det er også regelmessige møter mellom kommunen og det ambulante teamet. Kommune C opplever også at de har et godt samarbeid med

¹¹ Kostnaden er beregnet ved anslått tidsbruk og timekostnad ved ekstra bemanning.

fagmiljøet på sykehuset i nabokommunen. Dersom kommunen ønsker en ny voldsrisikovurdering av en bruker, blir det som hovedregel gjennomført.

Kommunen har en rekke besparelser som følge av det fungerende samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. FACT-Sikkerhetsteamet har blant annet veiledet kommunen slik at det har vært mulig å ha et enetiltak i kommunen, der man ellers måtte ha kjøpt. Årlig nettokostnad ved enetiltaket er 2,6 millioner. Som følge av veiledning og fortløpende monitorering har man også fått til redusert bemanning på dag og kveld i bofellesskap med personalbase. Årlig nettokostnad for dette tiltaket er nå 3,9 millioner, noe som betyr en nettobesparelse på i underkant av 400 000 kroner per år sammenlignet med situasjonen uten oppfølging fra FACT-Sikkerhet.

FACT Sikkerhetsteamet tar også annen oppfølging av de de relevante brukerne i kommunene, for eksempel hjemmetjeneste. Kommunen er med å betale for disse tjenestene, men har likevel besparelser på ved dette til 200 000 kroner (regnet ut fra at man ville hatt en årlig merutgift på 400 000 kroner i situasjonen uten bistand fra FACT-Sikkerhet).

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har også gitt mindre administrasjon og intern møtevirksomhet i kommunen. For eksempel er det ikke mindre ressurskrevende når en bruker må legges inn på sykehus på grunn av forverret psykisk helse. Kommunen trenger ikke involvere fastlege eller DPS, men FACT Sikkerhetsteamet kan ta det direkte med direkte med sykehuset. Kommunen har årlige administrative besparelser på et halvt årsverk, det vil si 500 000 kroner (sammenlignet med en situasjon uten godt fungerende samarbeid med spesialisthelsetjenesten og årlig merutgift ved administrasjon på 1 million).

Tabell 7.3 Kostnader for idealtypisk kommune C som følge av voldsrisiko. Kommune C er en mellomstor kommune, med god tilgjengelighet til spesialisttjenesten på området. Alle beløp er nettokostnader.

Årlig nettokostnad ved enetiltaket	2,6 millioner
Årlig nettokostnad for to personer i bofellesskap	3,9 millioner
Årlige merutgifter for kommunen ved oppfølging av fem personer som mottar oppfølging fra FACT Sikkerhetsteam	0,2 millioner
Årlige merkostnader ved administrasjon	0,5 millioner

Kommune D: Storbykommune

Kommune D er en storbykommune. Det ligger et sykehus med sikkerhetsavdeling i kommunen.

I kommunen er det bosatt fem personer dømt og utskrevet til tvunget psykisk helservern uten døgn. Kommunen gir i tillegg bo- eller tjenestetilbud til 60 personer med alvorlig psykisk lidelse der det foreligger en kjent forhøyet voldsrisiko. De fleste av disse har rusproblemer.

Kommunen har en rekke ulike typer botilbud tilgjengelig som tilbys personer med alvorlige psykiske lidelser og kjent forhøyet voldsrisiko. Dette er for eksempel kommunale utleieboliger i forskjellige bomiljøer, samlokaliserte boliger i gårder og bofellesskap med målgruppe psykisk helse og rus.

Kommunen har også flere forskjellige tjenestetilbud tilgjengelig for oppfølging av målgruppen. Det er ambulans oppfølgingsteam for psykisk helse og rus, hjemmetjenester, og personalbase knyttet til samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Det er tilbud med og uten døgnturnus.

Det er ingen enetiltak i kommunen, men kommunen kjøper plasser til personer i målgruppen i bo- og behandlingstilbud fra private leverandører. Den kjøper plasser

til brukere som det ikke er mulig å gi den nødvendige forsterkede oppfølgingen. Avstand til voldsoffer og rusmiljø er faktorer som vurderes ved kjøp av tjenester.

Det er FACT-team og FACT Sikkerhetsteam i kommunen, i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er godt. Det foreligger avtale om fast veiledning. I enkeltsaker tar kommunen kontakt med DPS og melder behov for veiledning. Det er også godt samarbeid ved utskrivelse av pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern. Det er tidlig dialog om pasientene mellom sykehuset og kommunen. Sammen identifiserer de risiko på området og iverksetter nødvendige tiltak. Kommunen får god informasjon om vurdering av voldsrisiko i forkant av utskriving.

Kommunen anslår årlige nettokostnader ved kjøp av døgntilbud til i gjennomsnitt 3,3 millioner per bruker.¹² For de bo- og tjenestetilbud som kommunen selv tilbyr personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt TUD, har kommunen årlige nettokostnader på i gjennomsnitt 1,9 millioner per bruker.¹³

Ved etablering av nye boenheter er det en kostnad på i gjennomsnitt 175 000 kroner per boenhet for installering av alarm- og videosystemer. De årlige driftskostnadene for dette er 14 000 kroner per boenhet.¹⁴

Videre har kommunen kostnader ved nødvendige kompetansetiltak på 3 500 kroner per ansatt.¹⁵

Tabell 7.3 Kostnader for idealtypisk kommune D som følge av voldsrisiko. Alle beløp er nettokostnader.

Årlige nettokostnader ved kjøp av døgntilbud	3,3 millioner per bruker
Årlige nettokostnader for bo- og tjenestetilbud som kommunen selv tilbyr	1,9 millioner per bruker
Etableringskostnad per boenhet for alarm- og videosystemer	175 000 kroner
Årlige driftskostnad for alarm og video per boenhet	14 000 kroner
Kompetansetiltak	3 500 kroner pr. ansatt

7.6 Konklusjoner

Hoveddelen av kommunenes merkostnader på grunn av voldsrisiko er knyttet til ekstra bemanning. Dette kan både være behov for ekstra personale ved ambulante team og ved botilbud. I tillegg er det ofte ekstra kostnader når kommunen må kjøpe botilbud eller andre relevante tjenester fra eksterne. Det er utgifter ved tilrettelegging av bygg, alarmsystemer og kostnader ved ødeleggelse på bolig. Flere kommuner rapporterer også om store administrasjonskostnader, blant annet som følge av planlegging, intern møtevirksomhet og dialog med spesialisthelsetjenesten. Det kan også være kostnader ved økt sykefravær og høyere turnover. De samlede årlige kostnadene per bruker kan bli mange millioner kroner, særlig i tilfeller der det er behov for enetiltak eller kjøp av bo- og tjenestetilbud med tett bemanning.

En storbykommune oppgir i spørreundersøkelsen at de har i gjennomsnitt 3,8 mill. kroner i nettokostnad etter refusjon per bruker per år ved kjøp av døgntilbud til personer dømt til eller underlagt tvunget psykisk helsevern. Den samme kommunen

¹² Anslag satt skjønnsmessig basert på beregninger fra kalkylemodell og anslag fra storbykommune i spørreundersøkelse.

¹³ Anslag basert på svar fra storbykommune i spørreundersøkelse. Merk at forskjellen i årlige nettokostnader per bruker mellom kjøp av døgntilbud og årlige nettokostnader for bo- og tjenestetilbud som kommunen selv tilbyr, kan skyldes en rekke forhold. Blant annet er det rimelig å anta et de brukerne som kommunen må kjøpe tjenester til fra eksterne leverandører kan trenge høyere bemanning enn de brukerne som kommunene selv kan tilby bo- og tjenestetilbud til.

¹⁴ Anslag hentet fra svar i spørreundersøkelse

¹⁵ Anslag hentet fra svar i spørreundersøkelse.

anslår også gjennomsnittlig 1,9 millioner i nettokostnad per bruker per år for bo- og tjenestetilbud som kommunen selv tilbyr personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt TUD. Forskjellene i kostnader per bruker mellom kjøp av døgntilbud og det tilbudet som kommunen selv tilbyr kan skyldes en rekke forhold. Forskjellen kan fremstå som høy og behøver ikke å være representative for andre storbykommuner. De oppgitte kostnadsforskjellene kan skyldes at det er ulikheter i botilbud og ikke minst bemanning for de forskjellige kategoriene av brukere. Det for eksempel rimelig å anta at de brukerne som kommunen må kjøpe døgntilbud til fra eksterne leverandører kan ha behov for vesentlig høyere bemanning enn de brukerne som kommunene selv kan tilby bo- og tjenestetilbud.

Ut fra datamaterialet vårt, fremstår nivåene på disse tallene representative, og ikke i øvre del av oppgitte talleksempler. Et modellert, men realistisk eksempel viser årlige nettokostnader på 3,1 millioner ved kjøp av plass eksternt til en ressurskrevende bruker. Da er det forutsatt bemanning med to på dag og kveld, og en på natt.

I intervjuene våre har det blitt pekt på at for en liten kommune med stramme budsjetter, vil årlige kostnader på flere millioner kroner merkes godt. De fleste små kommuner har imidlertid sjelden personer i målgruppen som trenger omfattende og dyre tiltak. Store kommuner kan derimot ha et titalls personer som det kjøpes tjenester til, eller har behov for enetiltak. De årlige kostnadene for disse kan som datainnhentingen vår viser, bli på flere titalls millioner. For eksempel har en av storbyene i spørreundersøkelsen oppgitt årlige nettokostnader ved kjøp av døgntilbud på 29 millioner, mens en annen har oppgitt årlige nettokostnader ved kjøp av døgntilbud på 50 millioner kroner. Bydelene i Oslo som har svart på dette spørsmålet, anslår årlige nettokostnader ved kjøp i spennet 5,5 til 30 millioner. En storbykommune anslår årlige nettokostnader til 90 millioner kroner for de bo- og tjenestetilbudene som kommunen selv tilbyr personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt TUD. Av de bydelene i Oslo som har gitt anslag her, er det høyeste estimatet på 30–35 millioner årlig for de bo- og tjenestetilbud som kommunen selv tilbyr til målgruppen.

Gjennom intervjuer og spørreundersøkelse har vi forsøkt å belyse merkostnadene ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene som følge av voldsrisiko og samfunnsvern. Datainnsamlingen vår innebærer antagelig underrapportering av de totale kostnadene. De samfunnsøkonomiske kostnadene er antagelig betydelig høyere enn det vi har kartlagt i vår undersøkelse. Det er ofte betydelig ekstra ressursbruk for legevakt, politi, ambulanse og brannvesen. I tillegg kan kommunens innbyggere, og særlig andre grupper med behov for knappe ressurser innenfor helse og omsorg, få et dårligere tilbud fra kommunen enn de ellers ville gjort. Disse kostnadene vises ikke nødvendigvis på de kommunale helse- og omsorgsbudsjettene, men for befolkningen og lokalsamfunnet som helhet har de negativ virkning.

De idealtypiske kommunene er laget for å være representative, og ikke ekstremtilfeller. Vår undersøkelse viser imidlertid at enkeltkommuner kan stå overfor betydelig høyere kostnader enn de idealtypiske kommunene. Et av svarene i spørreundersøkelsen illustrerer hvor store utfordringer enkeltkommuner kan ha i ekstreme tilfeller:

Det er svært krevende å prioritere innenfor svært trange budsjetttrammer. Vår kommune har over 10 personer dømt til TPH. En av brukerne er definert som høyrisikopasient og krever 4:1 bemanning i egen bolig. På tross av refusjonsordninger vil denne brukeren koste 20 prosent av det totale driftsbudsjettet til psykisk helse og rus alene. Vi har også heller ikke egen bolig og nok personalressurser til enkelte brukere som gjør at vi må kjøpe tjenester fra private. Ofte med en kostnad på 1 million per stykk per måned. Kommunen ønsker å satse på forebygging, men vi ser at dette går på bekostning av den tyngste brukergruppen.»

Ikke overraskende varierer kostnader som skyldes voldsrisko svært mye fra kommune til kommune. Dette er også noe de fire idealtypiske kommunene er ment å illustrere. Kommunenes kostnader er ulike som følge av en rekke faktorer og forhold, også utover hvor mange i målgruppen som er bosatt i kommunen og hvordan disse varierer med hensyn til symptomtrykk og risiko. Det varierer for eksempel hva slags botilbud kommunene har, innretningen av helse- og omsorgstilbudet og hvordan samhandlingen med spesialisthelsetjenesten er. Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan gi reduserte kostnader for kommunene. For eksempel kan tilgang til ambulante team fra helseforetakene, god veiledning, risikovurderinger og dialog, redusere kommunenes kostnader og gi bedre tilbud til brukerne.

Store kommuner kan som regel hente ut stordriftsfordeler, både ved botilbud og andre tjenestetilbud. Datainnsamlingen viser også at kommuner og bydeler som over tid har opparbeidet seg erfaring og kompetanse med målgruppen kan redusere ressursbruken gjennom målrettet satsing og tilpasning av tjenestene. En informant skriver for eksempel i spørreundersøkelsen:

Bydelen har gjennomført en satsing på å redusere kostnader for oppfølging og bosetting av personer med forhøyet voldsrisko ved å bygge opp egen oppfølgingstjeneste og boligjenester. Dette har gitt store innsparinger sammenlignet med hvis vi hadde kjøpt tjenester.

Flere av respondentene skriver at det er vanskelig å anslå hvor stor andel av kostnadene ved kjøp av tjenester som skyldes den vurderte sikkerhetsrisikoen, og altså ikke ville vært der dersom det ikke var forhøyet voldsrisko. En respondent viser imidlertid til at kostnadene ville vært om lag det samme uten voldsrisko:

Våre anskaffelsesansvarlige anslår at kostnaden ville vært omtrent det samme også uten voldsrisko. Oppfølgingen sikrer blant annet rusfrihet/rusmestring, som det vil være behov for også uten voldsrisko.

Andre kommuner anslår derimot at 80, 90 eller 100 prosent av kostnadene ved kjøp skyldes voldsriskoen. En kommune svarer: «100 %, de ville ellers [uten voldsriskoen] fått tilbud i det ordinære tilbudet i kommunen». Det er flere respondenter som anslår at omtrent 50 prosent av kostnadene ved kjøp av døgntilbud skyldes voldsrisko.

Tilskuddsordningen «Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester» er viktig for å redusere kommunenes merutgifter som følge av voldsrisko. Det er imidlertid flere av informantene og respondentene som peker på at tilskuddsordningen er lite tilpasset kostnadene som følge av voldsrisko, ikke minst fordi merkostnadene ved målgruppen er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet og ikke helse- og omsorgstjenester.

8 I grenseland

I denne rapporten har vi vist at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlig psykisk lidelse, ofte med samtidige rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. I et kommunalt perspektiv er hensyn til mulig vold og samfunnsvern komplekst. I dette prosjektet har vi vært særlig opptatt av voldsrisiko og vern av medborgere mot alvorlig kriminalitet. Som påpekt innledningsvis innebærer voldsrisiko i et kommunalt perspektiv også fare for at brukere kan være utsatt for vold og overgrep fra andre, og ansattes sikkerhet. Oppfølging av personer med alvorlig psykiske lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer og hvor det er en forhøyet voldsrisiko kan forstås som et såkalt gjenstridig problem (Ritttel & Webber, 1973; Difi, 2014). Dette er problemer hvor mange kan ha et ansvar, og utfordringen kan forstås på ulike måter avhengig av hvilket politikkområde eller tjeneste man ser det fra. Vi har i rapporten vist at ulike tjenesteområder i kommunen er involvert, og at ansvaret går på tvers av de to forvaltningsnivåene i helsesektoren. Vi befinner oss i et grenseland mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og i et grenseland mellom ulike tjenester og etater som kan være involvert i oppfølging.

Mellom spesialisthelsetjeneste og kommune

I rapporten har vi vist at kommune og spesialisthelsetjeneste kan ha ulike forståelser og vurderinger av pasienters behov, og at de kan ha begrenset kjennskap og forståelse for hverandres kontekst og rammer. Det er krevende å agere i grenselandet, hvor det kan være uenighet både om pasientens situasjon og behov, om hva som er et egnet og godt tilbud, og hvem som har ansvar for å gi nødvendige tjenester, behandling og oppfølging. Typisk for slike tematikker hvor mange kan ha ansvar, er at det også åpner for ansvarsfraskrivelse og ansvarsforskyvning. I denne rapporten har vi vist at kommunene erfarer at det er svært begrenset kapasitet i spesialisthelsetjenesten, at mangel på døgnplasser skaper et press på utskrivelse til kommunen og at det gjør det krevende å få til planlagte innleggelse ved behov. Vi ser konturene av en ansvarsforskyvning fra spesialisthelsetjeneste til kommunen. Det er ofte uenighet mellom døgnpost i psykisk helsevern og kommunen i vurderingene av hvorvidt en pasient er utskrivningsklar, og hvilket bo-, tjeneste- og behandlingsbehov personer i målgruppa har. En særegen dimensjon i denne sammenhengen er at det kan være uenighet om hva som er årsaken til tjenestebehovet. Skyldes det behovet for tjenester og personaltetthet som spesialisthelsetjenesten beskriver eller det behov for tjenester for å ivareta hensyn til samfunnsvern. Innebærer tjenestene som etterspørres fra spesialisthelsetjenesten i praksis en forvaltning av tvang overfor bruker, eller er de innenfor kommunens handlingsrom. Dette skjer i et grenseland mellom to ulike lovgrunnlag, hvor psykisk helsevern har tvangshjemler, mens kommunen ikke har lovgrunnlag for å utøve tvang. Rapporten beskriver en gruppe brukere som befinner seg i et grenseland mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og hvor det er betydelige utfordringer med å få til integrert og samordnet oppfølging. Kommunene agerer også i et grenseland mellom hensyn til brukerens behov, hensyn til helse, miljø og sikkerhet for ansatte og hensyn til samfunnsvern. I noen tilfeller vil hensyn til ansattes

sikkerhet kunne gjøre at tjenestene må trekke seg tilbake, og at brukeren ikke får den oppfølging de har behov for, samtidig som samfunnsvernet blir svekket.

Komplekse og omfattende problemer

Rapporten viser at kommunene erfarer et omfattende press når det gjelder ivaretagelse av personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte samtidig rusproblemer og en vurdert forhøyet voldsrisiko. 29 av 42 kommuner i utvalget har erfaring med å gi bo- og tjenestetilbud til personer utskrevet til gjennomføring av dom til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon, og 36 av 42 kommuner har brukere som er utskrevet til tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. De fleste av dem vurderes å ha samtidig rusmiddelproblemer. De fleste kommunene oppgir i tillegg å ha brukere diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse eller ikke diagnostisert, men med alvorlige psykiske helseproblemer, samtidige rusproblemer og en kjent forhøyet voldsrisiko. Et gjennomgåendetrekk er at det er krevende å gi brukerne et egnet bo- og tjenestetilbud, og dette er særlig krevende der behovene er sammensatte. Samtidige rusproblemer er en gjennomgående beskrivelse av utfordringsbildet til kommunene. Det illustrer kjent kunnskap referert i innledningskapitlet om at alvorlig psykisk lidelse i seg selv ikke er ensbetydende med forhøyet voldsrisiko, men at samtidig rusmiddelbruk har stor betydning. I kommunenes beskrivelse av grupper som er krevende å følge opp, fremhever de også personer med samtidig nedsatt kognitiv fungering eller utviklingshemming. I tillegg er det utfordrende med brukere hvor tjenestene vurderer at de har et omfattende hjelpebehov, men hvor brukerne ikke ønsker hjelp, men motsetter seg dette. Det er kjent at mange kommuner strever med å sikre god oppfølging av brukere med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelavhengighet (Hansen et al., 2021). Det er også kjent at dette er en gruppe med særlig dårlige levekår (Lie & Hustvedt, 2021). Årsakene kan være sammensatt. Mange brukere lever kaotiske liv, de kan ha liten tillitt til behandlingsapparat og tjenester, tjenestebehovet kan være svært omfattende samtidig som bruker ikke nødvendigvis ønsker kontakt med hjelpeapparatet. Innsatsen for å bidra til en stabil bo- og livssituasjon kan være ressurskrevende. Mangel på egnede boliger og ressurser til tilstrekkelig oppfølging er en kjent utfordring (Øygard et.al. 2020; Ose & Kaspersen, 2021; 2022). Dette ser vi også i denne rapporten; det er forhold som karakteriserer kommunenes tilbakemeldinger når det gjelder oppfølging av målgruppa for undersøkelsen.

Kompetanse i kommunalt psykisk helse og rusarbeid

Det har de siste årene vært en styrking av kommunalt psykisk helse og rusarbeid (Ose & Kaspersen, 2021; 2022). Det har vært en økning i antall årsverk i kommunene, og også en heving av kompetansen. SINTEF har fulgt utviklingen i ressursinnsatsen innenfor kommunalt psykisk helse og rusarbeid gjennom flere år. I den siste foreliggende rapporten viser de at trenden med økning i antall årsverk fortsetter, men de peker på at en økende andel kommuner rapporterer utfordringer med rekruttering av kompetanse (Ose & Kaspersen, 2022). Det har lenge vært utfordringer med å rekruttere psykologer i kommunene, men nå rapporterer mer enn halvparten av kommunene at de erfarer utfordringer med å rekruttere fagkompetanse som sykepleiere og helsesykepleiere. Det er også utfordringer med å rekruttere vernepleiere og sosionomer. Dette ser vi også i denne undersøkelsen. Kommunene har fått økt ansvar for personer med alvorlige psykisk helse og rusproblemer og sammensatte utfordringer, men å kunne gi denne gruppen et forsvarlig bo- og tjenestetilbud forutsetter tilgang

til boliger, kompetanse og ressurser. Det er tidligere påpekt at det er utfordringer i omstillingstakten mellom nedbygging av døgnkapasitet i spesialisthelsetjenesten og oppbygning av kapasitet i kommunene. Riksrevisjonen har vist at for psykisk helse og rusområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2016). Landsdekkende tilsyn har vist svikt i tilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten (Helsetilsynet, 2019).

Alvorlig bakteppe

Det alvorlige bakteppet for denne rapporten er at dersom personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte samtidig rusproblemer, og en forhøyet voldsrisiko ikke mottar tilpasset behandling og oppfølging kan det ha alvorlige konsekvenser for samfunnsvernet. Det er også årsaken til at flere informanter i denne undersøkelsen påpeker at når de opplever at spesialisthelsetjenesten beskrives ulike behov for tjenester og oppfølging som går utover deres ansvarsområde så våger de ikke protestere. Hensyn til innbyggernes trygghet, ansattes sikkerhet og brukerens helse tilsier at voldsrisiko og samfunnsvern må tas på alvor. I kapittel fem siterte vi en informant som sa at «å ikke gjøre ting ordentlig, det er kjempedyrt». Å ivareta brukere med alvorlig psykisk lidelse, samtidig rus og en forhøyet voldsrisiko er på agendaen i mange kommuner. I rapporten har vi også vist at det i mange kommuner er utviklet bo- og tjenestetilbud som gir grunnlag for å ivareta målgruppen og at de har utviklet kompetanse. Det gjelder både rekruttering av personale med nødvendig kompetanse og vekt på av kurs og videreutdanninger slik at ansatte i tjenestene har kompetanse på voldsrisikovurdering og håndtering.

Stor variasjon

Det er variasjoner mellom kommuner i hvilket bo- og tjenestetilbud de har og benytter overfor målgruppen. Det er også stor variasjon i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Noen kommuner har et godt og tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, mens andre beskriver store utfordringer. Undersøkelsen viser en svært heterogen spesialisthelsetjeneste. I kommunenes samarbeid vil det bety noe hvor langt det er til nærmeste DPS, hvor langt det er til nærmeste sikkerhetspost eller sykehus med døgnavdeling, men det er ikke dette som nødvendigvis definerer samarbeidet eller behandlingstilbudet kommunene erfarer at brukerne har tilgang til. Geografi har betydning, men det er stor variasjon i prioritering og innretting av behandlingstilbudet mellom regionale helseforetak og mellom sykehusområder og helseforetak innenfor samme region. Det er også variasjon i vektlegging av samarbeid, systematikk i samhandling og kultur for involvering av kommunen og lokal kontekst i spesialisthelsetjenestens vurderinger. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har betydning for kommunenes mulighet til å ivareta målgruppen. I rapporten har vi vist betydningen av tilgang til ambulante behandlingsteam for brukerne, dialog og samarbeid om oppfølging av pasient/bruker, felles gjennomarbeidede planer og avtaler om når det er aktuelt med reinnleggelse i døgnavdeling. Det er behov for økt oppmerksomhet om spesialisthelsetjenestens ansvar for samarbeid med kommunene om oppfølging av målgruppa for undersøkelsen, og hvordan best mulig tilrettelegge for at brukerne får den behandling og oppfølging de har behov for.

8.1 Forslag til videre vurdering

Vi vil avslutningsvis ta opp noen forslag til videre vurdering for å imøtekomme de utfordringer som rapporten viser at kommunene erfarer når det gjelder å ivareta behovene til personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte samtidig rusproblemer og hvor det foreligger en vurdert volds- eller sikkerhetsrisiko. Undersøkelsen har illustrert hvor komplekse spørsmålene som reises i denne rapporten er. Vi vil lansere noen forslag til videre vurdering innenfor fire områder:

- Faglige rammer og samarbeid
- Finansiering
- Juridiske
- Nye løsninger, ansvars plassering

Faglige rammer og samarbeid

Undersøkelsen har vist at det er utfordringer i grenseflaten mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Kommune og spesialisthelsetjeneste har svært ulike institusjonelle rammer. De jobber innenfor ulike kontekster, med ulike mandat, juridiske hjemler og virkemidler. Innenfor psykisk helsevern er det slik at spesialisthelsetjenesten har ansvaret for utredning og behandling, og enerett på bruk av tvangsmidler. Det er behov for å vurdere hvordan det kan tilrettelegges for bedre samhandling mellom de to forvaltningsnivåene i oppfølging av målgruppa, og sikre at de får tilgang til den behandlingen de har behov for. Her er det som vist, betydelig variasjon. Det er behov for å se nærmere på tydeligere prosedyrer for samarbeid, tilgang til informasjon og informasjonsutveksling, og avklaring av ansvar, roller og oppgaver. Kommunene fremhever betydningen av å snakke sammen, etablere en felles forståelse, lage klare planer og tydelig ansvarsfordeling er viktig for gode utskrivelsesprosesser og samarbeid etter utskrivelse.

Vi har vist at praksisen med å avholdes møter for felles planleggelse av utskrivelser varierer, og at det er variasjon i hvorvidt det legges planer for samarbeid etter utskrivelse. I praksis ser vi hvordan to svært ulike systemer strever med å fungere sammen. Felles gjennomarbeidede planer kan være et viktig verktøy for samordning, samarbeid, forebygging av forverring og sikring av tilgang til behandling ved behov. Individuell plan er en lovpålagt rett for brukere med langvarige og sammensatte behov, men det bør vurderes å tydeligere definere at det skal utvikles utvidede planer i tråd med de beskrevne utvidede kriseplaner, mestringsplaner eller intervensjonsplaner presentert i kapittel 6 for personer i målgruppa for denne undersøkelsen. Det kan være hensiktsmessig å utvikle en eksempelbank for god praksis for samarbeid i prosessen rundt utskrivelse av målgruppen, og samordnet behandling og oppfølging.

Det bør vurderes tiltak for bedre tilgang til behandling for personer i målgruppen ute i kommunene, blant annet med økt tilgang til ambulante behandlingstilbud. Undersøkelsen har vist at kommunene vurderer at det er mange i målgruppa som ikke får den behandlingen de har behov for. Ambulante behandlingsteam er en måte å sikre bedre tilgang til behandling for personer i målgruppa som bor ute i kommunene. Det bidrar til at spesialisthelsetjenesten gir tjenester der brukerne lever. Det gir brukerne bedre tilgang til behandling og oppfølging, og spesialisthelsetjenesten kjennskap til den kommunale konteksten. Vi ser et behov for sterkere føringer for at de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetakene skal prioritere ambulante behandlingstilbud til målgruppa.

Det anbefales å vurdere muligheten for å styrke tilgangen til planlagte innleggelses i psykisk helsevern, brukerstyrte senger eller andre ordninger, for å sikre personer i

målgruppen mulighet for reinnleggelse ved behov. Det er tydelige indikasjoner i undersøkelsen på at det er behov for økt døgnkapasitet i psykisk helsevern for å kunne ha større mulighet for planlagte innleggelser for å forebygge kriser og sikre at brukerne får den behandling de har behov for.

Kommunenes tilbakemeldinger viser at det er behov for å utvikle behandlingstilbud til pasienter med sammensatte behov. De fleste kommunene i undersøkelsen oppgir at det er personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte med samtidig rusproblemer, og forhøyet voldsrisiko som ikke mottar den behandlingen de har behov for. De beskriver personer bosatt i kommunene med alvorlige helseproblemer, svært dårlige levekår og sammensatte problemer, som av ulike årsaker defineres ut av etablerte behandlingstilbud. Dette er etisk problematisk. Informanter i kommunen tar opp at det er brukere som er vurdert «behandlingsresistente» og som ikke kan nyttiggjøre seg de behandlingstilbudene som finnes. Ofte er det da snakk om personer med samtidig omfattende rusmiddelbruk. Det er i enkelte sykehusområder etablert egne RusFACT og andre ambulante behandlingstilbud for personer med rusproblemer. Dette bør følges opp med videre satsning på utvikling av relevante behandlings- og oppfølgingstilbud for denne gruppen brukere.

Kompetanseheving er viktig. Vi har vist betydningen av å satse på videre kompetanseheving når det gjelder voldsrisikovurderinger og håndtering i kommunene. Det bør vurderes rammer for å styrke dette arbeidet.

Det gjelder også kompetanseheving i spesialisthelsetjenesten på gjennomføring av voldsrisikovurderinger, og vurdering av samtykkekompetanse, og inkludering av historikk fra bo- og nærmiljø, og lokal kontekst i disse vurderingene.

Et differensiert botilbud i kommunene er vesentlig for å kunne legge til rette for et egnet bo- og tjenestetilbud. Oppmerksomhet om boligsiden er viktig fremover. Denne undersøkelsen har vist at det benyttes ulike boligløsninger, og at det varierer hva som er en egnet bosituasjon for den enkelte. Samtidig har vi vist at mange kommuner mangler boliger tilpasset brukernes behov, og at det er behov for økt oppmerksomhet om flere boliger og kvalitet i botilbudet.

Skal kommunene ivareta målgruppen på en god måte vil det forutsette utvikling av bo- og tjenestetilbud, satsning på kompetanse og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Vi kommer tilbake til behovet for å utvikle noen særlige boligtilbud i grenselandet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for en liten gruppe brukere med alvorlige helseproblemer og sammensatte behov, hvor kommunen ikke har mulighet for å etablere tilstrekkelige rammer for å håndtere hensyn til samfunnsvern og sikre nødvendig tilgang til behandling.

Økonomi

Rapporten viser at kommunene har betydelige kostnader med å ivareta hensyn til en forhøyet voldsrisiko og samfunnsvern. Dette er i stor grad personalkostnader som følge av forsterket bemanning, og kostnader for kjøp av tilbud når kommunen ikke kan etablere tilpassede bo- og tjenestetilbud. Men det er også kostnader knyttet til tilpasning av bygg, sikkerhetstiltak og kompetanseheving. Dessuten betydelige administrasjonskostnader knyttet til planlegging, kontakt med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester er en ordning der alle kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester kan søke om refusjon. I kapittel syv har vi vist at ordningen ikke er innrettet for å dekke de kostnadene kommunene har for å ivareta målgruppen for dette prosjektet. Det er bare lønnsutgifter for helse- og omsorgstjenester som kan regnes inn, og en del av tjenestene som brukerne har behov for vil

ikke defineres som dette. I tillegg er det en rekke tjenester knyttet til andre tiltak, administrasjon og samarbeid som ikke regnes inn. Det er behov for å se nærmere på ordningen dersom den skal kunne fungere for å dekke kommunenes ekstra kostnader som følge av brukernes behov, hensyn til voldsrisiko og samfunnsvern. I kapittel syv viser vi at det er behov for å se både på innslagspunktet i ordningen og hvilke kostnader som kan telle med i beregningen.

Ivaretagelse av målgruppen i kommunene forutsetter et differensiert botilbud og tilpasning av bygg. Det krever at kommunene har tilgang til tilskuddsordninger som stimulerer til utvikling av egnede boliger, og oppgradering av de boligene de har, i tråd med hensyn til brukernes behov, ansattes sikkerhet og samfunnsvern. Husbankens tilskudd til omsorgsboliger og tilskudd til utleieboliger er viktige for utvikling av boligtilbudet i kommunene.

Det bør vurderes om det er nødvendig med en egen finansieringsordning for personer dømt til tvunget psykisk helsevern som utskrives til gjennomføring av det tvungne vernet i egen bolig i kommunen. Dette har også tidligere vært foreslått av Eriksen et al., (2020) i en rapport om utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Vår undersøkelse viser at kommunen har ekstra kostnader for å ivareta hensyn til samfunnsvern og gi et egnet bo- og tjenestetilbud. Det er et paradoks at ordningen for gjennomføring av denne særreaksjonen utenfor døgninstitusjon i kommunen er helt annerledes enn det regimet som er etablert for personer som blir dømt til særreaksjonen tvunget omsorg. Denne strafferettslige særreaksjonen kan idømmes personer som vurderes strafferettslig utilregnelig som følge av psykisk utviklingshemming. For denne gruppen er det statlig finansiering av tilpasset lokalt bo- og tjenestetilbud for gjennomføring av særreaksjonen. Det faglige ansvaret lagt til Sentral fagenhet for tvungen omsorg ved St. Olavs hospital i Trondheim. Sentral fagenhet for tvunget omsorg har både faglig, administrativt og økonomisk ansvar for alle som gjennomfører denne særreaksjonen. Fagenheten har et ambulerende fagteam som driver veiledning og rådgivning om bo- og omsorgstilbudene lokalt.

Juridiske vurderinger

Rapporten viser at oppfølgingen av brukerne finner sted i et juridisk grenseland. Aktørene i kommuner og spesialisthelsetjeneste operer i henhold til ulike lovverk. I prosjektet har vi sett at på mange områder hvor det er uenighet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste eller utfordringer i samarbeidet, er lovverket tydelig på ansvar og roller, og god praksis er forankret i forskrifter og retningslinjer. Utfordringen er at dette ikke er like kjent hos de involverte aktørene. Dette gjelder blant annet forvaltning av tvang og kontrolltiltak overfor personer med alvorlig psykisk lidelse. Et sentralt tema i denne rapporten er utskrivelse av målgruppen til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon. Når er en pasient utskrivningsklar? Som vist i første del av dette avslutningskapitlet har Helsedirektoratet (2022b) klargjort noen av de sentrale spørsmålene vedrørende dette.

Bruk av tvang er et viktig spørsmål på dette området. Denne rapporten viser at det blant kommunene i undersøkelsen i svært liten grad er noen etterspørsel etter tvangshjemler overfor personer med psykisk lidelse. Undersøkelsen viser at de fleste respondentene i kommunene vurderer at når det er behov for vurdering av samtykkekompetanse for iverksetting av tvunget psykisk helsevern, tar ansvarlige i spesialisthelsetjenesten i liten grad hensyn til hvordan vedkommende fungerer ute i bo- og nærmiljø. Det bør vurderes hvordan det kan inkluderes en sterkere vekt på brukerens fungering i den kommunale konteksten hvor de bor når det må vurderes samtykkekompetanse for iverksetting av tvunget psykisk helsevern (se nærmere i kapittel 6).

Det er informanter i kommunene som har ønsket at det klargjøres hva som ligger i formuleringen i loven om psykisk helsevern § 3-3 om vilkår for vedtak om tvunget psykisk helsevern, at «Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.» Hvordan vurderes dette opp mot brukerens fungering og situasjon ute i kommunene?

Ved gjennomføring av dom til tvunget psykisk helsevern står det i loven om psykisk helsevern (§ 5.3) at det ved gjennomføring skal legges vekt på behandling av den domfelte og behovet for å beskytte samfunnet mot nye lovbrudd. Dersom personen er dømt til tidsubegrenset tvunget psykisk helsevern skal det legges særlig vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse. Når det gjelder personer dømt til tidsbegrenset dom er ikke hensynet til samfunnsvern vektlagt like sterkt. I Retningslinje for dom til tvunget psykisk helsevern står det at ved gjennomføring av tidsbegrenset dom skal det legges lik vekt på samfunnsvern og behandling. Rapporten viser at det er kommuner som erfarer særlige utfordringer i oppfølging av personer dømt til tidsbegrenset dom, og manglende samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å ivareta hensyn til samfunnsvern. Det bør ses nærmere på rammene for gjennomføring av tidsbegrenset dom og hva formuleringen om lik vekt på behandling og samfunnsvern innebærer ved utskrivelse til gjennomføring av tvunget vern utenfor døgninstitusjon.

Til sist vil vi ta opp hvorvidt det er behov for endringer i husleieloven. Bør det åpnes for at kommunene får mulighet til å stille som vilkår ved tildeling av kommunal utleiebolig at personer med omfattende rus- og psykiske helseproblemer og et dokumentert hjelpebehov tar imot tjenester eller inngår en samarbeidsavtale med relevant tjeneste? De fleste i målgruppa for undersøkelsen bor i ordinære kommunale utleieboliger eller leilighet som er del av samlokaliserte boliger, eller i et bofelleskap. Uavhengig av boligtype vil beboeren ha en ordinær husleiekontrakt. Dette kan gi begrenset mulighet for å kunne komme inn med relevante tjenester for at brukeren skal mestre boforholdet. Flere kommuner erfarer at det etter nærmere spesifiserte kriterier, kan stilles krav om at bruker inngår en samarbeidsavtale for å komme i betraktning for tildeling av kommunal utleiebolig. Det er samtidig uklarhet om lovgrunnlaget for å kunne stille vilkår om dette type avtaler. Dette spørsmålet bør vurderes nærmere, særlig når de kommunale boligene i økende grad benyttes for personer i målgruppen for denne undersøkelsen.

Ansvars plassering og nye løsninger

Undersøkelsen viser at mange kommuner har mye erfaring og kompetanse. Vi ser at utvikling av det kommunale bo- og tjenestetilbudet styrker mulighetene for å ivareta målgruppen for denne undersøkelsen. Å lykkes i bosetting avhenger av et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, tilgang til behandling, råd og veiledning.

Brukerne i målgruppa har særlige utfordringer relatert til atferdsproblematikk og samfunnsvern. Det bør vurderes behov for å prioritere utvikling av spesialiserte ambulante behandlingsteam for å ivareta pasienter med forhøyet voldsrisiko og hvor fare for andre og samfunnsvern er en dimensjon. FACT Sikkerhet i Vestre Viken og Innlandet er eksempler på denne type team, samt APAS ved Lovisenberg DPS. Dette kan være et bidrag til kommunenes mulighet for å ivareta målgruppen ved å gi råd og veiledning, gi grunnlag for forsvarlig oppfølging og fungere som en bro mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Samtidig viser undersøkelsen at det er en liten gruppe brukere som har behov for et bo- og tjenestetilbud som ikke er forenelig med rammene for kommunale tjenester, men som ikke har behov for å forbli innlagt i sikkerhetspsykiatrien eller annen døgnpost i psykisk helsevern. Enten vil kommunene bruke mye ressurser på kjøp av

private plasser til denne gruppen, eller personer blir liggende lenge på sikkerhetsavdeling eller døgnpost fordi det ikke finnes annet egnet tilbud. Noen utskrives til kommune og får et lite egnet tilbud og lever innenfor rammer hvor de har svært dårlige levekår og forverring av sin psykiske helse. Som vist er omfattende rusbruk ofte en vesentlig dimensjon. På bakgrunn av undersøkelsen bør det vurderes om det er behov for å utvikle særlige boligløsninger i grenselandet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for denne lille gruppen. Det bør vurderes hvordan disse botilbudene kan utformes slik at de ivaretar fordelene for brukers bedring og livskvalitet med egen bolig, men samtidig kan gi rammer som kan bidra til bedring og ivaretagelse av samfunnsvern.

Litteratur

- Difi (2014). *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning* Difi-rapport 2014:07.
- Eriksen, H. M., Gross-Benberg, A. & Kvamme, H. J. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivelsesprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*. Trondheim. SIFER kompetansenettverk.
- Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter (2011) *Forskrift for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. (FOR-2018-11-08-1675) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>
- Forskrift om tvunget psykisk helsevern (2001) *Forskrift om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon*. (LOV-1999-07-02-62-§3-1) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-11-24-1174>
- Hansen, I.L. S. (2021), Bolig som grunnleggende levekårsfaktor. I Solstad, A., T. Bliksvær, M. Iversen., I.L.S. Hansen, A. Kjellelvold, V. Nordvik & J. Sørvoll (2021), *Boligsosialt arbeid*. Universitetsforlaget. (side 47 – 67).
- Hansen, I. L. S., Bråthen, K. & Olsen, T. (2022), *Sammen om trygg bosetting. I møte med psykiske helseproblemer, rus og mulig voldsrisiko*. Universitetsforlaget.
- Hansen, I. L. S. & Bråthen, K. (2022). På jobb med hele seg – rutiner for å håndtere voldsrisiko. I I. L. S. Hansen, K. Bråthen & T. Olsen *Sammen om trygg bosetting. I møte med psykiske helseproblemer, rus og mulig voldsrisiko*. Kapittel 7. Universitetsforlaget.
- Hansen, I. L. S. (2021), Oppfølging på brukerens premisser. I A. Solstad, T. Bliksvær, M. Iversen., I. L. S. Hansen, A. Kjellelvold, V. Nordvik & J. Sørvoll, *Boligsosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Hansen, I. L. S, Tofteng, M., & Sørensen, L. H. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport*. Fafo-rapport 2021:17.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2018). *Voldsriskovurdering ved alvorlig psykisk lidelse. Nasjonale faglige råd*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsriskoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
- Helsedirektoratet (2022a). *Døgnplasser i psykisk helsevern*. Analysenotat 05/17
- Husleieloven. (1999). *Lov om husleieavtaler*. (LOV-2022-05-06-27). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-03-26-17>
- SAMDATA Spesialisthelsetjenesten
- Helsedirektoratet (2022b). Svar på henvendelse om kommunenes forpliktelse til å ivareta personer dømt til psykisk helsevern som skrives ut fra tvunget vern med døgnopphold til tvunget vern uten døgnopphold. Brev til Oslo kommune, datert 9.5.2022. Ref. 21/3380.
- Helsedirektoratet (2022c). *Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern* <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsmiddelbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet (2022d). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten* *Kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper*. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021 Rapport IS-3053
- Helsetilsynet (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsdekkende tilsyn i 2017 og 2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse*. Rapport 7/2019.

- Kvamme, H. J & Eriksen, H. M. (2022). Utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter: fra sikkerhetsavdeling til hjemkommune. I I. L. S. Hansen, K. Bråthen & T. Olsen *Sammen om trygg bosetting. I møte med psykiske helseproblemer, rus og mulig voldsrisiko*. Universitetsforlaget.
- Lie, T. & Hustvedt, I. B. (2021). Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 18(1) Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-06>
- Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern (2022). *Årsmelding 2021*. Norsk psykologforening. (2018, 9. februar). *Faktaark. Personer med psykiske lidelser og voldsrisiko*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/personer-med-psykiske-lidelser-ikke-farligere-enn-andre>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten*. SINTEF-rapport 2021:01257
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten*. SINTEF-rapport 2022:01271
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen, K-S, & Rudningen. G. (2014). *Samspill eller svarteperspill? En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med ROP lidelser med voldsproblematikk*. AFI-rapport 10/2014.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Retningslinje for dom tvungent psykisk helsevern. 2013, revidert 2022. Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, jf. strl. (2005) § 62 jf. § 20 annet ledd bokstav a eller b. Nasjonal koordineringsenhet for gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern. Revidert 23.8.2022.
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4, 155–169.
- Riksrevisjonen (2016), *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015-2016).
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sosialtjenesteloven. (2009). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. (LOV-2009-12-18-131). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff*. (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Øygard, G.W., Moen, H.B. & Sjøfjell, L. (2020). Kommunalt psykisk helsearbeid i kommunene. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo & Ø. Henriksen (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 109–129). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1 Intervjuguide casestudie

Intensjonen med intervjuet er å få innsikt i deres erfaringer, praksis, utfordringer knyttet til å ivareta brukere med alvorlig psykisk lidelse, rus og en vurdert sikkerhetsrisiko. Vi ønsker å drøfte ivaretagelse av bo- og tjenestebehov hos målgruppen, eventuelle utfordringer i dette arbeid, samarbeid med spesialisthelsetjeneste, politi, og ikke minst kommunens ressursbruk på dette området. Vi er særlig interessert i hvilke ekstra kostnader kommunen vurderer å ha som følge av å måtte ivareta særlige hensyn knyttet til alvorlige psykiske helseproblemer, rus og en vurdert sikkerhets(volds)risiko, men også eventuelle spesifikke utfordringer knyttet til å ivareta denne gruppen innenfor kommunens handlingsrom, og grenseoppgangen til psykisk helsevern.

Casestudien skal inngå i grunnlaget for utvikling av en spørreundersøkelse til et større utvalg kommunene for å kartlegge omgang av brukere i målgruppen, og utfordringsbilde når det gjelder sikkerhetspsykiatri fra et kommunalt perspektiv. Vi vil i intervjuet med dere derfor gjerne drøfte hensiktsmessige måter å avgrense målgruppen. Hvordan kan vi avgrense og operasjonalisere målgruppen slik at vi får en oversikt over brukere i kommunene hvor det er en vurdert sikkerhetsrisiko og behov for oppmerksomhet om å ivareta hensyn til samfunnsvern. Vi er opptatt av å få en oversikt over gruppen hvor det er en grenseoppgang mot sikkerhetspsykiatrien, og psykisk helsevern generelt. Hensyn til ivaretagelse av samfunnsvern er en sentral dimensjon. Spørreundersøkelsen skal blant annet gi data for en kostnadsanalyse av kommunenes ressursbruk overfor denne målgruppen, og vi er derfor interessert i å drøfte hvilke type regnskapstall og tall på ressursbruk som kan bidra til å belyse den kommunale ekstra ressursinnsatsen på området.

Åpent om det kommunale utfordringsbildet

Hvordan vil du karakterisere det kommunale utfordringsbildet når det gjelder ivaretagelse av brukere med omfattende psykisk helseproblemer, rus og en vurdert sikkerhets / voldsrisiko?

Vi vil nå høre deres vurderinger når det gjelder mulige avgrensninger av målgruppen:

Vi er opptatt av å kunne finne kategorier som gjør det mulig å identifisere omfang av brukere med en vurdert sikkerhetsrisiko, som krever en ekstra tilrettelegging i kommunen. Med sikkerhetsrisiko mener vi en person hvor det i psykisk helsevern er gjort en voldsrisikovurdering som tilsier forhøyet voldsrisiko.

Har kommunen brukere som er skrevet ut fra sikkerhetspsykiatrien og dømt til tvungen psykisk helsevern – utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgnet?

Om ja – kan du si litt om prosessen knyttet til utskrivelse, dialog rundt vurdert voldsrisiko, vurderinger knyttet til egnet bo- og tjenestetilbud.

Hvilket bo- og tjenestetilbud er etablert? Ressursinnsats.

Har kommunen brukere som er skrevet ut fra døgnbehandling i sikkerhetspsykiatrien eller andre døgnavdelinger i psykisk helsevern, som er vurdert til tvunget psykisk helsevern (tph) uten døgn og det foreligger en forhøyet voldsrisiko (risikovurdering foretatt i psykisk helsevern)?

Om ja – kan du si litt om prosessen knyttet til utskrivelse, dialog rundt vurdert voldsrisiko, vurderinger knyttet til egnet bo- og tjenestetilbud.

Hvilket bo- og tjenestetilbud er etablert? Ressursinnsats.

Har kommunen brukere med alvorlig psykisk lidelse / psykisk lidelse, rus, og vurdert forhøyet voldsrisiko, hvor ikke tph – samtykkekompetent, og i frivillig behandling uten døgn i psykisk helsevern? Eventuelt noen i samme kategori som ikke ønsker / mottar behandling i psykisk helsevern?

Om ja – kan du si noe om hva som karakteriserer denne gruppen, kontakt med spesialisthelsetjeneste, vurderinger knyttet til behov når gjelder bolig og tjenester?

Er det andre grupper med psykiske helseproblemer, rus, hvor volds-/sikkerhetsproblematikk er en dimensjon som kommunen må ta hensyn til i sitt tjenestetilbud?

Her tenker vi på personer hvor det ikke foreligger en strukturert voldsrisikovurdering fra psykisk helsevern, men hvor kommunen selv, politi eller kriminalomsorg, vurderer at det er en forhøyet voldsrisiko.

Er dette en kategori som kommer i tillegg / bør tas med i spørreundersøkelse?

- Løslatt fra fengsel (siste år), voldshistorikk (vurdert fortsatt høy potensiell voldsrisiko av kommunen, politiet, kriminalomsorg), og med omfattende psykisk helse, og / eller rusproblematikk.

Voldsrisikovurderinger

Hva er deres erfaringer når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten om voldsrisikovurderinger av brukere med psykiske lidelser?

Erfarer dere at de kommunale vurderingene / kjennskap til bruker i nærmiljø blir tatt inn i risikovurderingene?

Er det andre momenter som vi bør se nærmere på når det gjelder voldsrisikovurderinger?

Har kommunen systemer / kompetanse på å foreta voldsrisikovurderinger? Evt. hvilken praksis har dere på vurderinger av voldsrisiko / farlighet?

Bo- og tjenestetilbud

Har kommunen utviklet noen spesifikke botilbud for gruppen med omfattende psykisk helse- og rusproblemer?

Er det etablert noen spesifikke bo- og tjenestetilbud for personer hvor det vurderes å være en sikkerhetsproblematikk.

Botilbud – hvilke typer, eniltak, samlokaliserte boliger.

Andre typer botiltak, eksempelvis bruk av omsorgsboliger med tilknyttet bemanning?

Tjenester tilknyttet målgruppen, ambulante tjenester, personalbaser knyttet til spesifikke botilbud. Årsverksinnsats for spesifikke botilbud og enkeltbrukere.

Har kommunen kjøpt noen typer av bo- og tjenestetilbud / institusjonsplasser til noen brukere med psykisk lidelse, evt. rus, og vurdert sikkerhetsrisiko?

Om ja – hvilken type tilbud?

Kommunal håndtering av voldsrisiko

Har kommunen kompetanse på voldsriskovurdering og håndtering, blant ansatte i rus- og psykiske helsetjenester (videreutdanning, kurs, annet).

Hvordan anvendes eventuell tilgang til voldsriskovurderinger fra spesialisthelsetjeneste i oppfølging av brukerne?

Hvilke rutiner / tiltak har kommunen utviklet knyttet til håndtering av voldsrisiko i arbeidshverdagen for ansatte?

Hvordan samarbeider kommunen eventuelt med politiet i oppfølging av målgruppa?

Samfunnsvern

Er det utviklet noen særlige tjenester / iverksatt spesifikke tiltak for å ivareta hensyn til samfunnsvern i kommunen / nabolag knyttet til bosetting av denne målgruppa? Eks. personalbase / nærmiljøkontor, vektertjenester, kamera, kontakt med politi, annet?

Eventuelle kommunale vurderinger knyttet til ivaretagelse av samfunnsvern?

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Hvordan vil du beskrive samarbeidet med spesialisthelsetjenesten når det gjelder brukere med alvorlig psykiske helseproblemer, rus og en vurdert sikkerhetsrisiko?

Hvilke typer behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig i kommunen for denne målgruppen? Polikliniske tilbud DPS, ambulante team, FACT...?

Er det samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging av brukerne?

Avtaler om å bidra til at bruker møter til avtaler, mottar behandling, dialog med behandlingsansvarlige, veiledning, DPS, ambulante team, døgnpost under innleggelse – erfaringer?

Er det etablert risikohåndteringsplaner for brukerne med sikkerhetsrisiko (andre former for intervensjonsplaner eller planverk for identifisering av økt symptomtrykk, risikofaktorer, hvem som gjør hva om gitte situasjoner oppstår)?

Erfaringer med denne type planer?

Samarbeid om gjennomføring av tvunget psykisk helsevern, at brukere møter til avtaler, mottar behandling?

Muligheter for innleggelse ved økt symptomtrykk? Erfaringer knyttet til identifiserte behov for innleggelse på døgnpost for denne gruppen?

Kommunale utfordringer

Erfarer kommunen noen særlige utfordringer i møte med denne spesifikke målgruppa?

Hva bidrar eventuelt til å begrense kommunens mulighet til å gi et godt bo- og tjenestetilbud til målgruppa med alvorlig psykisk lidelse, rus, og en vurdert sikkerhetsrisiko?

Hvilke eventuelle nye tiltak, tilbud, virkemidler opplever dere fra et kommunalt perspektiv er nødvendig for at denne målgruppa skal få et godt bo- og tjenestetilbud?

Eventuelle juridiske utfordringer for oppfølging av brukerne, vurdering regler knyttet til samtykke, tvang, vurdering for innleggelse, samarbeidsavtaler, fra et kommunalt perspektiv.

Vurdering av ekstra kostnader?

Hva vurderer dere er ekstra kostnader knyttet til målgruppa personer med psykisk lidelse, evt. rus, og en vurdert sikkerhetsrisiko? Med ekstra kostnader forstår vi de kostnadene som følger av sikkerhetsrisikoen.

Hva er de viktigste årsakene til de ekstra kostnadene som følger av den vurderte sikkerhetsrisikoen? For eksempel kjøp av botilbud, ekstra kommunal bemanning, andre tiltak pga. sikkerhetsrisikoen mv.

Hvordan er disse ekstra kostnadene eventuelt synlige i kommunens regnskaper? Er det mulig å hente ut tall for disse kostnadene isolert?

Hva er kommunens kostnader ved eventuelle kjøp av bo- og tjenestetilbud / institusjonsplasser til målgruppen? Er det mulig å si noe om hvor mye høyere kostnadene er som følge av vurdert sikkerhetsrisiko?

Hva er kostnadene knyttet til kommunalt botilbud (som ikke kjøpes, men som kommunen tilbyr selv)? Kan man si noe om hva kostnadene knyttet til botilbud ville vært dersom det ikke var sikkerhetsrisiko?

Hva er årsverksinnsats og lønnskostnader knyttet til målgruppen? Er det mulig å si noe om hvor stor ekstra årsverksinnsats og ekstra lønnskostnader som følger av vurdert sikkerhetsrisiko?

Er det andre betydelige kostnader i kommunene som følger av målgruppens vurderte sikkerhetsrisiko, og som ikke inngår i/synliggjøres regnskapene, for eksempel knyttet til administrasjon, bidra i brukernes kontakt med spesialisthelsetjeneste, møtevirksomhet?

Vedlegg 2 Spørreundersøkelse kommuner

Samtykke	<p>Formålet med forskningsprosjektet er å få bedre oversikt over kommunenes innsats og utfordringer når det gjelder å ivareta personer med alvorlig psykisk lidelse og eventuelt samtidige rusproblemer, og hvor samfunnsvern er en dimensjon som det må tas hensyn til. I spørreundersøkelsen er det særlig oppmerksomhet om personer som er vurdert til tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD), og personer dømt til tvunget psykisk helsevern. Det inkluderer spørsmål om antall i målgruppa, det kommunale bo- og tjenestetilbudet, håndtering av voldsrisiko, og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er flere spørsmål om kommunen /bydelens ressursbruk. Hensikten med disse spørsmålene er å kunne få data til å gjøre kostnadsanalyser av kommunenes ekstra ressursbruk som følge av å måtte ta hensyn til forhøyet voldsrisiko.</p> <p>Registreringen av svarene deres skjer ved hjelp av systemet QuenchTec. Det er Fafo som er behandlingsansvarlig, og vi får alle data fra undersøkelsen uten tilknytning til IP-adressen til dere som har svart. Dersom det er oppgitt e-postadresser er det en koblingsnøkkel som gjør at vi ikke får tilgang til hvilken kommune / bydel eller ansatt som har svart hva. Kommunen/bydel og personer som svarer på vegne av kommunen/bydelen, vil ikke kunne identifiseres i rapporter eller annet materiale som vi publiserer fra prosjektet. Vi har innhentet kontaktopplysninger til deg fra KS eller ved å slå opp på kommunenes nettside, kontakt med kommune / bydel. Vi vil behandle opplysningene om deg som svarer på vegne av kommunen konfidensielt og bare til det formålet som er beskrevet her. Vi behandler personopplysninger basert på samtykke, og du samtykker til å delta i undersøkelsen når du starter besvarelsen av skjemaet.</p> <p>Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du/kommunen kan trekke dere så lenge studien pågår uten å oppgi noen grunn. Din epostadresse blir slettet fra systemet etter at spørreundersøkelsen er gjennomført, og du vil deretter ikke kunne identifiseres. Så lenge undersøkelsen pågår, kan du be om innsyn i hvilke personopplysninger som er lagret om deg. Du kan også be om å få rettet, slettet eller utlevert en kopi av disse opplysningene. Du kan også klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. Forskningsprosjektet avsluttes innen 15.1.2023. Datamaterialet vil bli anonymisert. Resultatene fra prosjektet vil presenteres i en offentlig tilgjengelig rapport.</p> <p>Forskningsopplegget er vurdert av Sikt – Personverntjenester, som er personvernombud for Fafo, og vurdert å være i samsvar med personvernregelverket. Personverntjenester kan kontaktes ved kontaktperson Simon Gogl, simon.gogl@sikt.no, telefon 53 21 15 00.</p>
♦ range:*	
Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen og at mine opplysninger kan behandles til prosjektet er avsluttet	<input type="radio"/> 1
♦ skip:exit	<input type="radio"/> 2
Jeg samtykker ikke (undersøkelsen avsluttes)	
Label1	Først er det noen bakgrunnsspørsmål om kommunen / bydelen der du jobber Kryss av for om du arbeider i en kommune eller bydel i Oslo
♦ range:*	
Kommune	<input type="radio"/> 1
Bydel i Oslo	<input type="radio"/> 2
Label2	Hvor mange innbyggere er det i kommunen / bydelen?

Label2	Hvor mange innbyggere er det i kommunen / bydelen?
	0 – 4999 <input type="radio"/> 1
	5000-10999 <input type="radio"/> 2
	11000 -29999 <input type="radio"/> 3
	30000 – 74999 <input type="radio"/> 4
	75000 – <input type="radio"/> 5

Label3	Hvilken helseregion tilhører kommunen
	Helse Nord <input type="radio"/> 1
	Helse Midt <input type="radio"/> 2
	Helse Vest <input type="radio"/> 3
	Helse Sør Øst <input type="radio"/> 4

Label4	Er det tilgjengelig DPS i kommunen / bydelen?
♦ range:*	
	Ja <input type="radio"/> 1
	Nei <input type="radio"/> 2

Label5	Er det bomiljøer i kommunen / bydelen hvor det er mer enn 20 km til nærmeste DPS?
♦ range:*	
	Ja <input type="radio"/> 1
	Nei <input type="radio"/> 2
	Vet ikke <input type="radio"/> 3

Label6	Hva er avstanden i km til nærmeste DPS fra det stedet i kommunen som ligger lengst unna?
♦ filter:\Label5.a=1	
♦ range:*	
	21-30 km <input type="radio"/> 1
	31-60 km <input type="radio"/> 2
	61-100 km <input type="radio"/> 3
	101-200 km <input type="radio"/> 4
	201 km + <input type="radio"/> 5

Label7	Er det sykehus med sikkerhetsavdeling / sikkerhetspost psykisk helsevern i kommunen?
♦ range:*	
	Ja <input type="radio"/> 1
	Nei <input type="radio"/> 2

Label7	Er det sykehus med sikkerhetsavdeling / sikkerhetspost psykisk helsevern i kommunen?
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label8	Hva er avstanden i km til nærmeste sykehus med sikkerhetsavdeling / sikkerhetspost psykiske helsevern?
♦ filter:\Label7.a=2 ♦ range:*	
0 – 20 km	<input type="radio"/> 1
21-30 km	<input type="radio"/> 2
31-60 km	<input type="radio"/> 3
61-100 km	<input type="radio"/> 4
101-200 km	<input type="radio"/> 5
201 km +	<input type="radio"/> 6

Label9	Er det i kommunen / bydelen der du jobber tilgang til noen form for ambulant behandlingsteam fra psykisk helsevern? (Fra spesialisthelsetjenesten alene eller i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune)
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label10	Hvilke former for ambulant behandlingsteam har kommunen / bydelen der du jobber tilgang på? (Flere svar er mulig)
♦ filter:\Label9.a=1 ♦ range:*	
FACT eller ACT i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommune	<input type="checkbox"/> 1
FACT sikkerhet eller andre ambulante behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk lidelse og sikkerhetsproblematikk	<input type="checkbox"/> 2
ACT eller FACT i regi av spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/> 3
Andre ambulante behandlingstilbud: spesifiser	Open

Label11	Ulike kategorier av brukere i kommunen Vi vil stille noen spørsmål om kommunens erfaringer med å gi tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse, og eventuelt med rusproblemer i tillegg, og hvor det er en vurdert voldsrisiko. Med alvorlig psykisk lidelse menes personer diagnostisert med psykoselidelser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Voldsrisiko viser her til at det foreligger en voldsrisikovurdering om mulig fare for skade eller kroppslig krenkelse av andre personer, eller at det er andre forhold som gjør at hensyn til samfunnsvern må ivaretas. Har kommunen/bydelen personer dømt til tvunget psykisk helsevern (strafferettslig særreaksjon), og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn (poliklinisk eller ambulant behandling)?
♦ range:*	

Label11	Ulike kategorier av brukere i kommunen Vi vil stille noen spørsmål om kommunens erfaringer med å gi tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse, og eventuelt med rusproblemer i tillegg, og hvor det er en vurdert voldsrisiko. Med alvorlig psykisk lidelse menes personer diagnostisert med psykoselidelser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Voldsrisiko viser her til at det foreligger en voldsrisikovurdering om mulig fare for skade eller kroppslig krenkelse av andre personer, eller at det er andre forhold som gjør at hensyn til samfunnsvern må ivaretas. Har kommunen/bydelen personer dømt til tvunget psykisk helsevern (strafferettslig særreaksjon), og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn (poliklinisk eller ambulant behandling)?
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label12	Hvor mange brukere har dere i denne kategorien?
♦ filter:\Label11.a=1	
♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2	<input type="radio"/> 2
3-5	<input type="radio"/> 3
6-10	<input type="radio"/> 4
11 eller flere	<input type="radio"/> 5
Vet ikke	<input type="radio"/> 6

Label13	Er noen av disse brukerne under tidsbestemt dom tvunget psykisk helsevern for gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art (altså ikke ordinær tidsbestemt dom som følge av alvorlig kriminalitet)?
♦ filter:\Label11.a=1	
♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2	<input type="radio"/> 2
3-5	<input type="radio"/> 3
6-10	<input type="radio"/> 4
11 eller flere	<input type="radio"/> 5
Vet ikke	<input type="radio"/> 6

Label14	Har kommunen/bydelen: Personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidige rusproblemer, vurdert forhøyet voldsrisiko, og utskrevet fra døgnbehandling til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1

Label14	Har kommunen/bydelen: Personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidige rusproblemer, vurdert forhøyet voldsrisiko, og utskrevet fra døgntil behandling til tvunget psykisk helsevern uten døgnoophold (TUD)?
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label15	Hvor mange brukere i denne kategorien?
♦ filter:\Label14.a=1 ♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2	<input type="radio"/> 2
3-5	<input type="radio"/> 3
6-10	<input type="radio"/> 4
11-20	<input type="radio"/> 5
21 eller flere	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7

Label16	Hvor mange av brukerne i denne kategorien har samtidig rusproblemer?
♦ filter:\Label14.a=1 ♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2	<input type="radio"/> 2
3-5	<input type="radio"/> 3
6-10	<input type="radio"/> 4
11-20	<input type="radio"/> 5
21 eller flere	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7

Label17	Har kommunen/bydelen: Personer bosatt i kommunen diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer, og hvor det foreligger en kjent forhøyet voldsrisiko vurdert av spesialisthelsetjeneste, eller av kommunen og /eller politi, som kommunen må ta hensyn til (personer ikke underlagt tvunget psykisk helsevern)
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label18	Hvor mange brukere i denne kategorien?
♦ filter:\Label17.a=1	

Label18	Hvor mange brukere i denne kategorien?
♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2	<input type="radio"/> 2
3-5	<input type="radio"/> 3
6-10	<input type="radio"/> 4
11-20	<input type="radio"/> 5
21 eller flere	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7

Label19	Gir kommunen/bydelen tjenester til personer som ikke er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, men med omfattende psykiske helseplager, eventuelt samtidige rusproblemer og en kjent forhøyet voldsrisiko? (Her inkluderes personer med vurdert rusutløste psykoser eller psykiske helseproblemer, personer med nedsatt kognitiv fungering, personer hvor det er mistanke om psykiske lidelser, men ikke utredet.
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label20	Hvor mange brukere i denne kategorien?
♦ filter:\Label19.a=1	
♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2	<input type="radio"/> 2
3-5	<input type="radio"/> 3
6-10	<input type="radio"/> 4
11-20	<input type="radio"/> 5
21 eller flere	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7

Label21	Er det noen grupper brukere med vurdert voldsrisiko som kommunen erfarer at det kan være særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til?
Spesifiser her	Open

Label22	Hvilke botilbud har kommunen tilgjengelig (flere svar er mulig)
♦ range:*	
Kommunale utleieboliger spredt i ulike bomiljøer i kommunen	<input type="checkbox"/> 1
Samlokaliserte boliger i en blokk/gård/område	<input type="checkbox"/> 2
Bofellesskap målgruppe psykisk helse og rus (ROP)	<input type="checkbox"/> 3

Label22	Hvilke botilbud har kommunen tilgjengelig (flere svar er mulig)
	Bofellesskap psykisk helse <input type="checkbox"/> 4
	Særlig tilpassede boliger, småhus eller andre former for forsterkede enetiltak <input type="checkbox"/> 5
	Private utleieboliger med kommunal tilvisningsrett eller tilvisningsavtale <input type="checkbox"/> 6

Label23	Du krysset av for kommunale utleieboliger spredt i ulike bomiljøer i kommunen. Anvendes dette for målgruppen personer underlagt tvunget psykisk helsevern dom/TUD med vurdert voldsrisiko?
	♦ filter:\Label22.a=1 ♦ range:*
	Ja <input type="radio"/> 1
	Nei <input type="radio"/> 2
	Vet ikke <input type="radio"/> 3

Label24	Du krysset av for samlokaliserte boliger i en blokk/gård/område. Anvendes dette for målgruppen personer underlagt tvunget psykisk helsevern dom/TUD med vurdert voldsrisiko?
	♦ filter:\Label22.a=2 ♦ range:*
	Ja <input type="radio"/> 1
	Nei <input type="radio"/> 2
	Vet ikke <input type="radio"/> 3

Label25	Du krysset av for bofellesskap målgruppe psykisk helse og rus (ROP). Anvendes dette for målgruppen personer underlagt tvunget psykisk helsevern dom/TUD med vurdert voldsrisiko?
	♦ filter:\Label22.a=3 ♦ range:*
	Ja <input type="radio"/> 1
	Nei <input type="radio"/> 2
	Vet ikke <input type="radio"/> 3

Label26	Du krysset av for bofellesskap psykisk helse. Anvendes dette for målgruppen personer underlagt tvunget psykisk helsevern dom/TUD med vurdert voldsrisiko?
	♦ filter:\Label22.a=4 ♦ range:*
	Ja <input type="radio"/> 1
	Nei <input type="radio"/> 2
	Vet ikke <input type="radio"/> 3

Label27	Du krysset av for særlig tilpassede boliger, småhus eller andre former for forsterkede enetiltak. Anvendes dette for målgruppen personer underlagt tvunget psykisk helsevern dom/TUD med vurdert voldsrisiko?
---------	---

Label27	Du krysses av for særlig tilpassede boliger, småhus eller andre former for forsterkede enetiltak. Anvendes dette for målgruppen personer underlagt tvunget psykisk helsevern dom/TUD med vurdert voldsrisiko?
♦ filter:\Label22.a=5 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label28	Du krysses av for private utleieboliger med kommunal tilvisningsrett eller tilvisningsavtale. Anvendes dette for målgruppen personer underlagt tvunget psykisk helsevern dom/TUD med vurdert voldsrisiko?
♦ filter:\Label22.a=6 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label29	Er noen av botilbudene i kommunen/bydel særlig tilpasset personer med aggresjonsproblematikk, vold?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label30	Har du andre kommentarer?
Vennligst spesifiser	Open

Label31	Tjenester innen psykisk helse og rus Hvilke tjenestetilbud er tilgjengelig i kommunen som er aktuell for oppfølging av målgruppen personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuell samtidig rus, og vurdert forhøyet voldsrisiko? (Flere svar mulig)
♦ range:*	
Fast personell (i personalbase) knyttet til samlokaliserte boliger eller bofellesskap, døgnturnus.	<input type="checkbox"/> 1
Fast personell (i personalbase) knyttet til samlokaliserte boliger eller bofellesskap, ordinær arbeidstid, helg og kveld.	<input type="checkbox"/> 2
Ambulant oppfølgingsteam for psykisk helse og rus, ordinær arbeidstid	<input type="checkbox"/> 3
Ambulant oppfølgingsteam psykisk helse og rus, turnus dag, kveld.	<input type="checkbox"/> 4
Hjemmetjenester, ambulante tjenester psykisk helse, turnus, dag, kveld, helg.	<input type="checkbox"/> 5
Booppfølging, miljøvaktmester eller andre former for bomiljøtjenester.	<input type="checkbox"/> 6
Annet relevant for målgruppen, skriv her:	Open
♦ exclusive:yes	<input type="radio"/> 7
Vet ikke	

Label32	Har kommunen etablert noen enetiltak med forsterket bemanning til brukere dømt til tvunget psykisk helsevern og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label34	Hvor mange enetiltak har kommunen/bydelen etablert med forsterket bemanning til brukere dømt til tvunget psykisk helsevern og utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgn?
♦ filter:\Label32.a=1	
Spesifiser her (bruk tall)	Open

Label33	Presiser hvor mange ansatte som er knyttet til oppfølging av enkelt person i egen bolig? (Fyll ut per enetiltak kommunen/bydelen har, bemanning per person - f.eks. 1:1 eller 2:1 etc.)
♦ filter:\Label32.a=1	
Tiltak 1	Open
Tiltak 2	Open
Tiltak 3	Open
Tiltak 4	Open
Tiltak 5	Open

Label35	Hva er hovedårsaken til behov for enetiltak?
♦ filter:\Label32.a=1	
Skriv her	Open

Label36	Har kommunen etablert noen enetiltak med forsterket bemanning til brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt rus, vurdert forhøyet voldsrisiko og under tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD)?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label37	Hvor mange enetiltak har kommunen/bydelen etablert med forsterket bemanning til brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rus, vurdert forhøyet voldsrisiko og under tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD)?
♦ filter:\Label36.a=1	
Spesifiser her (bruk tall)	Open

Label38	Presiser hvor mange ansatte som er knyttet til oppfølging av enkelt person i egen bolig? (Fyll ut per enetiltak kommunen/bydelen har, bemanning per person - f.eks. 1:1 eller 2:1 etc.)
----------------	--

Label38	Presiser hvor mange ansatte som er knyttet til oppfølging av enkelt person i egen bolig? (Fyll ut per enetiltak kommunen/bydelen har, bemanning per person - f.eks. 1:1 eller 2:1 etc.)
♦ filter:\Label36.a=1	
Tiltak 1	Open
Tiltak 2	Open
Tiltak 3	Open
Tiltak 4	Open
Tiltak 5	Open

Label39	Hva er hovedårsaken til behov for enetiltak?
♦ filter:\Label36.a=1	
	Open

Label40	Kjøp av eksterne plasser Nå følger noen spørsmål om eventuelle kjøp av eksterne bo- og tjenestetilbud fra private og fra andre kommuner, til personer med alvorlig psykisk lidelse, rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. Kjøper kommunen / bydelen eksterne plasser i bo- og behandling /omsorgstilbud fra private leverandører (kommersielle og ideelle) til noen brukere i målgruppa?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label41	Hvor mange brukere kjøper kommunen/bydelen plasser til:
♦ filter:\Label40.a=1	
♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2-3	<input type="radio"/> 2
4-6	<input type="radio"/> 3
7-10	<input type="radio"/> 4
Flere enn 10	<input type="radio"/> 5

Label42	Hvilke av følgende grupper er det kjøpt eksternt tilbud til? (Flere svar er mulig)
♦ filter:\Label40.a=1	
♦ range:*	
Personer dømt til tvunget psykisk helsevern med behov for heldøgns tjenester	<input type="checkbox"/> 1
Personer under tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD)	<input type="checkbox"/> 2
Personer psykisk lidelse og rusproblemer, forhøyet voldsrisiko og behov for heldøgns tjenester	<input type="checkbox"/> 3

Label43	Er det særlige årsaker til kjøp av eksterne tilbud?
----------------	--

Label43	Er det særlige årsaker til kjøp av eksterne tilbud?
♦ filter:\Label40.a=1	
Spesifiser her Open	

Label44	Kjøper kommunen / bydel bo- og tjenestetilbud til personer i målgruppa fra andre kommuner / bydeler?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label45	Hvor mange personer kjøper kommunen / bydelen bo- og tjenestetilbud til personer i målgruppa i andre kommuner / bydeler?
♦ filter:\Label44.a=1	
♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2-3	<input type="radio"/> 2
4-6	<input type="radio"/> 3
7-10	<input type="radio"/> 4
10 +	<input type="radio"/> 5

Label46	Er det særlige årsaker til kjøp av tilbud fra andre kommuner / bydeler?
♦ filter:\Label44.a=1	
Spesifiser her Open	

Label47	Kjøper kommunen oppfølgingstjenester (miljøterapi tjenester/booppfølging) fra private aktører til brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuell samtidig rus, og vurdert forhøyet voldsrisiko? (Her mener vi brukere i egne boliger, private eller kommunalt disponerte)?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label48	Hvor mange?
♦ filter:\Label47.a=1	
♦ range:*	
1	<input type="radio"/> 1
2-3	<input type="radio"/> 2
4-6	<input type="radio"/> 3
7-10	<input type="radio"/> 4
10 +	<input type="radio"/> 5

Label49	Hvilke av følgende grupper er det kjøpt eksternt tjenester til? (Flere svar er mulig)
♦ filter:\Label47.a=1	
Personer dømt til tvunget psykisk helsevern med behov for heldøgntjenester.	<input type="checkbox"/> 1
Personer under tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD)	<input type="checkbox"/> 2
Personer psykisk lidelse og rusproblemer, forhøyet voldsrisiko og behov for heldøgns tjenester	<input type="checkbox"/> 3

Label50	Er det særlige årsaker til kjøp av eksterne eksterne oppfølgingstjenester?
♦ filter:\Label47.a=1	
Open	

Label51	Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om hvorfor kommunen har kjøpt plasser til disse personene fra eksterne eller i andre kommuner?					
♦ range:*						
	Helt enig	Ganske enig	Verken eller	Ganske uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
Kommunen / bydel har ikke mulighet for å etablere tilbud som møter spesialisthelsetjenestens anbefalinger om personaltetthet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1
Kommunen har ikke mulighet til å følge opp spesialisthelsetjenestens ønsker om begrensninger eller kontroll av brukerens livsførelse, bevegelsesfrihet, utgangsbegrensninger i bolig, inntak av rusmidler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 2
Tidligere historikk i nærmiljø / kommunen gjør det vanskelig å etablere et godt botilbud for brukeren, alvorlig hendelse er kjent blant lokalbefolkning og skaper frykt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 3

Label52	Nå følger noen spørsmål om erfaringer når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utskrivelse til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern uten døgn. Hvordan opplever dere som kommune/bydel i hovedsak samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse av pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern?
---------	---

Label52	Nå følger noen spørsmål om erfaringer når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utskrivelse til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern uten døgn. Hvordan opplever dere som kommune/bydel i hovedsak samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse av pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern?
♦ range:*	
Svært godt samarbeid	<input type="radio"/> 1
Godt samarbeid	<input type="radio"/> 2
Verken eller	<input type="radio"/> 3
Dårlig samarbeid	<input type="radio"/> 4
Svært dårlig samarbeid	<input type="radio"/> 5
Ikke mulig å svare fordi det er stor variasjon	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7

Label53	Eventuelle kommentarer til hva som karakteriserer en god utskrivelsesprosess:
Skriv her	Open

Label54	Hvordan opplever dere som kommune /bydel samarbeid med spesialisthelsetjenesten i prosessen med utskrivelse av pasienter til tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD)?
♦ range:*	
Svært godt samarbeid	<input type="radio"/> 1
Godt samarbeid	<input type="radio"/> 2
Verken eller	<input type="radio"/> 3
Dårlig samarbeid	<input type="radio"/> 4
Svært dårlig samarbeid	<input type="radio"/> 5
Ikke mulig å svare fordi det er stor variasjon	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7

Label55	Eventuelle kommentarer til hva som karakteriserer en god utskrivelsesprosess:
Skriv her	Open

Label56	Blir det arrangert møter for å planlegge utskrivning(ansvarsgruppemøter eller andre møter), med dialog om brukerens situasjon, ønsker og behov etter utskrivelse til kommunen?
♦ range:*	
Alltid	<input type="radio"/> 1
Ofta	<input type="radio"/> 2
Av og til	<input type="radio"/> 3

Label56	Blir det arrangert møter for å planlegge utskriving(ansvarsgruppemøter eller andre møter), med dialog om brukerens situasjon, ønsker og behov etter utskrivelse til kommunen?
Aldri	<input type="radio"/> 4
Ikke sikker	<input type="radio"/> 5

Label57	Eventuelle kommentar til møter for planlegging av utskrivelse
	Open

Label58	Er det samarbeid om utvikling av planer (kriseplaner, intervensjonsplaner, annet) for å sikre at pasient /bruker får tilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse, eks med beskrivelse av tegn til forverring / økt symptomtrykk, involverte aktørers oppgaver og ansvar, aktuelle intervensjoner ved økt voldsrisiko?
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label59	Evtentuelle kommentarer til hvordan bruk av planer fungerer eller ikke fungerer?
Skriv her	Open

Label60	Har dere erfaring med at spesialisthelsetjenesten melder pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern utskrivningsklare hvor dere er uenig i vurderingen av at pasienten er utskrivningsklar?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label61	Hva er eventuelle årsaker til at dere mener pasienten ikke er utskrivningsklar? (Flere svar mulig)
♦ filter:\Label60.a=1	
Det er ikke tilstrekkelig opplegg fra spesialisthelsetjenesten for ivaretagelse av samfunnsvern	<input type="checkbox"/> 1
Det er uenighet om pasienten / brukernes funksjonsnivå og hvorvidt vedkommende kan vurderes som ferdig behandlet	<input type="checkbox"/> 2
Pasient beskrives å ha behov for heldøgtjenester og kontrollregimer / begrensninger i bevegelsesfrihet som ikke er forenelig med kommunens handlingsrom	<input type="checkbox"/> 3
Annet, skriv	Open

Label62	Har dere erfaring med at spesialisthelsetjenesten melder pasienter utskrivningsklare til tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD) hvor dere er uenig i vurderingen av at pasienten er utskrivningsklar?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1

Label62	Har dere erfaring med at spesialisthelsetjenesten melder pasienter utskrivningsklare til tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD) hvor dere er uenig i vurderingen av at pasienten er utskrivningsklar?
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label63	Hva er eventuelle årsaker til at dere mener pasienten ikke er utskrivningsklar? (Flere svar er mulig)
♦ filter:\Label62.a=1	
Det er ikke tilstrekkelig opplegg fra spesialisthelsetjenesten for ivaretagelse av samfunnsvern.	<input type="checkbox"/> 1
Det er uenighet om pasienten / brukernes funksjonsnivå og hvorvidt vedkommende kan vurderes som ferdig behandlet.	<input type="checkbox"/> 2
Pasient beskrives å ha behov for heldøgntjenester og kontrollregimer / begrensninger i bevegelsesfrihet som ikke er forenelig med kommunens handlingsrom.	<input type="checkbox"/> 3
Annet, skriv her	Open

Label64	Får kommunen tilgang til voldsrisikovurdering fra spesialisthelsetjenesten når pasienter meldes utskrivningsklare og med behov for bolig og tjenester fra kommunen?
Nei	<input type="radio"/> 1
Ja, alltid når det er vurdert forhøyet voldsrisiko	<input type="radio"/> 2
Ja, men i hovedsak for personer dømt til tvunget psykisk helsevern	<input type="radio"/> 3
Ikke mulig å svare, det er stor variasjon	<input type="radio"/> 4
Vet ikke	<input type="radio"/> 5

Label65	Andre kommentarer knyttet til tilgang til voldsrisikovurdering fra spesialisthelsetjenesten?
Skriv	Open

Label66	Har kommunen erfaring med at noen av tiltakene under som en del av utskrivelse til kommunen for personer dømt til tvunget psykisk helsevern?																				
♦ range:*																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> <th>Vet ikke</th> <th></th> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perioder med permisjoner før utskrivelse</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Spesialisthelsetjeneste følger med pasienten ut i kommunen den første tiden (egne ansatte fra døgnpost er med ut i kommunen)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nei	Vet ikke			1	2	3		Perioder med permisjoner før utskrivelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	Spesialisthelsetjeneste følger med pasienten ut i kommunen den første tiden (egne ansatte fra døgnpost er med ut i kommunen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
	Ja	Nei	Vet ikke																		
	1	2	3																		
Perioder med permisjoner før utskrivelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1																	
Spesialisthelsetjeneste følger med pasienten ut i kommunen den første tiden (egne ansatte fra døgnpost er med ut i kommunen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2																	

Label67	Du svarte at kommunen har erfaring med perioder med permisjoner før utskrivelse. Hvordan fungerer dette?
♦ filter:\Label66.a.1=1	
Skriv her	Open

Label68	Du svarte at kommunen har erfaring med at spesialisthelsetjenesten følger pasient ut i kommunen den første tiden. Hvordan fungerer dette?
♦ filter:\Label66.a.2=1	

Label68	Du svarte at kommunen har erfaring med at spesialisthelsetjenesten følger pasient ut i kommunen den første tiden. Hvordan fungerer dette?
	Open

Label69	Har kommunen erfaring med noen av disse tiltakene som del av en overgang fra sikkerhetspost / døgnbehandling til kommunen for pasienter vurdert til tvunget psykisk helsevern (TUD):															
♦ range:*	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja 1</th> <th>Nei 2</th> <th>Vet ikke 3</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perioder med permisjoner før utskrivelse</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Spesialisthelsetjeneste følger med pasienten ut i kommunen den første tiden (egne ansatte fra døgnpost er med ut i kommunen)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja 1	Nei 2	Vet ikke 3		Perioder med permisjoner før utskrivelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	Spesialisthelsetjeneste følger med pasienten ut i kommunen den første tiden (egne ansatte fra døgnpost er med ut i kommunen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
	Ja 1	Nei 2	Vet ikke 3													
Perioder med permisjoner før utskrivelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1												
Spesialisthelsetjeneste følger med pasienten ut i kommunen den første tiden (egne ansatte fra døgnpost er med ut i kommunen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2												

Label70	Du svarte at kommunen har erfaring med perioder med permisjoner før utskrivelse. Hvordan fungerer dette?
♦ filter:\Label69.a.1=1	Open

Label71	Du svarte at kommunen har erfaring med at spesialisthelsetjenesten følger pasient ut i kommunen den første tiden. Hvordan fungerer dette?
♦ filter:\Label69.a.2=1	Open

Label72	Nå følger flere spørsmål som gjelder håndtering av voldsrisiko i kommunen. Har dere erfaring med at kommunen blir involvert i voldsriskovurderinger i spesialisthelsetjenesten ved at det eksempelvis innhentes informasjon om brukerens historikk i nærmiljø eller fungering i bomiljø?
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2

Label73	Har dere andre kommentarer om eventuelt samarbeid rundt voldsriskovurderinger?
Skriv her	Open

Label74	Foretar kommunen strukturerte voldsriskovurderinger? (flere svar mulig)
Ja, vi har kompetanse i kommunen/bydel på å gjennomføre voldsriskovurdering, eksempelvis Brøset violence checklist (BVC).	<input type="checkbox"/> 1
Ja, vi foretar ROS vurderinger (Risiko- og sårbarhetsanalyser)	<input type="checkbox"/> 2
Ja, vi har andre verktøy / strukturerte metoder for vurdering av voldsrisiko – spesifiser:	Open
♦ exclusive:yes Nei	<input type="radio"/> 3
♦ exclusive:yes Vet ikke	<input type="radio"/> 4

Label75	Har kommunen ansatte med kompetanse i voldsriskohåndtering, møte med aggresjon og trusler?
----------------	---

Label75	Har kommunen ansatte med kompetanse i voldsriskohåndtering, møte med aggresjon og trusler?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label76	Har kommunen personer som har videreutdanning/kurs i voldsriskohåndtering (eks. MAP, møte med aggresjon og vold i psykisk helsevern)
♦ filter:\Label75.a=1	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Annet, spesifiser:	Open

Label77	Har kommunen noen av de følgende tiltakene for å ivareta hensyn til voldsrisiko, samfunnsvern eller ansattes sikkerhet? (Flere svar er mulig)
Overvåkningskamera ved noen botilbud	<input type="checkbox"/> 1
Trygghetsalarm for ansatte i ambulante tjenester og samarbeid med vaktelskap	<input type="checkbox"/> 2
Bruk av alarmer for ansatte i bofellesskap / botiltak	<input type="checkbox"/> 3
Avtaler med vaktelskap for noen bomiljøer / botilbud	<input type="checkbox"/> 4
Avtaler med politiet	<input type="checkbox"/> 5
Annet, spesifiser	Open

Label78	Nå følger flere spørsmål om tilgang til spesialisthelsetjeneste i deres kommune og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om målgruppen. Dette inkluderer spørsmål om bruk av tvang og vurdering av samtykkekompetanse I tilfeller der dere vurderer at det er behov for en innleggelse av en bruker som er idømt eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD). Hvor enkelt eller vanskelig er det å få til en planlagt innleggelse?
Svært vanskelig	<input type="radio"/> 1
Ganske vanskelig	<input type="radio"/> 2
Verken eller	<input type="radio"/> 3
Ganske lett	<input type="radio"/> 4
Svært lett	<input type="radio"/> 5
Ikke sikker	<input type="radio"/> 6

Label79	Eventuelle kommentarer til hvor enkelt eller lett det er å få til planlagte innleggelser
Skriv her	Open

Label80	Når dere identifisere forverring eller utfordringer i oppfølging av brukere idømt eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD). Hvor enkelt eller vanskelig er det å få tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten?
♦ range:*	
Svært vanskelig	<input type="radio"/> 1
Ganske vanskelig	<input type="radio"/> 2
Verken eller	<input type="radio"/> 3
Ganske lett	<input type="radio"/> 4
Svært lett	<input type="radio"/> 5
Ikke sikker	<input type="radio"/> 6

Label81	Eventuelle kommentarer til hvor enkelt eller vanskelig det er å få veiledning?
Skriv her	Open

Label82	Ved situasjoner hvor det er behov for vurdering av samtykkekompetanse for iverksetting av tvunget psykisk helsevern, i hvilken grad erfarer dere at spesialisthelsetjenesten tar hensyn til																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Svært stor grad 1</th> <th>Ganske stor grad 2</th> <th>Verken eller 3</th> <th>Ganske liten grad 4</th> <th>Liten grad 5</th> <th>Vet ikke 6</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>fungering ute i bomiljø/nærmiljø</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>vurdering av fare for brukers liv og helse ute i nærmiljø</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>vurdering av fare for andres liv og helse</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Svært stor grad 1	Ganske stor grad 2	Verken eller 3	Ganske liten grad 4	Liten grad 5	Vet ikke 6		fungering ute i bomiljø/nærmiljø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	vurdering av fare for brukers liv og helse ute i nærmiljø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	vurdering av fare for andres liv og helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
	Svært stor grad 1	Ganske stor grad 2	Verken eller 3	Ganske liten grad 4	Liten grad 5	Vet ikke 6																											
fungering ute i bomiljø/nærmiljø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1																										
vurdering av fare for brukers liv og helse ute i nærmiljø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2																										
vurdering av fare for andres liv og helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3																										

Label83	Eventuelle kommentarer til erfaring med vurdering av samtykkekompetanse som grunnlag for vedtak eller opphør av tvang i psykisk helsevern
Skriv her	Open

Label84	Er det i tilstrekkelig tilgang til behandling for de brukere som er bosatt i kommunen/bydelen og som har alvorlig psykisk lidelse, rusutfordringer og vurdert voldsrisiko?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vanskelig å si	<input type="radio"/> 3
Vet ikke	<input type="radio"/> 4

Label85	Hva vurderer dere er årsaken til at personer ikke får tilgang til tilstrekkelig helsehjelp?
♦ filter:\Label84.a=2;3	
Skriv her	Open

Label86	Er det noen grupper som særlig har behov for bedre tilgang til helsehjelp?
Skriv her	Open

Label87	Nå kommer noen spørsmål om samarbeidet med politiet om denne målgruppen Har dere et etablert samarbeid med politiet for forebygging av vold og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse, rus og vurdert voldsrisiko? Vi tenker for eksempel på fast politikontakt, samarbeidsmøter, avtaler om ekstra patruljering i enkelte områder, varsling om uro?
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Label88	Eventuelle kommentarer, spesifisering av samarbeid med politiet
Skriv her	Open

Label89	Hvordan vil dere beskrive tilgangen til bistand fra politiet ved episoder med utagering, økt fare for vold, hos personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten dom (TUD).
Svært god	<input type="radio"/> 1
God	<input type="radio"/> 2
Verken eller	<input type="radio"/> 3
Dårlig	<input type="radio"/> 4
Svært dårlig	<input type="radio"/> 5
Vet ikke.	<input type="radio"/> 6

Label90	Nå følger flere spørsmål for å identifisere eventuelle ekstra kostnader som følge av at kommunen/bydelen må ta hensyn til en vurdert forhøyet voldsrisiko ved bosetting og utøvelse av tjenester til målgruppen for undersøkelsen: Hvis mulig, bør dere oppgi alle tall etter refusjon fra staten iht. tilskuddsordningen «Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester», dvs. som kommunens nettokostnader. Kan dere gi et anslag på kommunens/bydelens årlige nettokostnader (dvs. etter refusjon fra staten) ved eventuelle kjøp av bo- og tjenestetilbud (døgntilbud) til personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD) fra eksterne leverandører?
Skriv her	Open

Label91	Kan dere gi anslag på hvor stor andel (i prosent) av disse kostnadene som skyldes den vurderte sikkerhetsrisikoen, og som altså ikke ville vært der dersom det ikke var forhøyet voldsrisiko? Dette kan for eksempel gjøres ved å sammenligne med de utgiftene som er for eventuelle kjøp av tjenester for brukere uten forhøyet voldsrisiko.
Skriv her	Open

Label92	For de bo- og tjenestetilbud som kommunen selv tilbyr personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD): Kan dere gi anslag på kommunens årlige nettokostnader (dvs. etter refusjon fra staten)?
Skriv her	Open
Label93	Kan dere gi anslag på hvor stor andel (i prosent) av disse kostnadene som følger av den vurdert sikkerhetsrisikoen, og som altså ikke ville vært der dersom det ikke var forhøyet voldsrisiko? Dette kan for eksempel gjøres ved å sammenligne med de kostnadene som er ved bo- og tjenestetilbud for brukere uten forhøyet voldsrisiko.
Skriv her	Open
Label94	Kan dere gi anslag på årlige personalkostnader (nettokostnader, dvs. etter ev. refusjon) knyttet til personer dømt til tvunget psykisk helsevern eller underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD) på grunn av økt behov for bemanning som følge av forhøyet voldsrisiko? Dette kan for eksempel være behov for økt bemanning i personalbase, i dagaktivitetstilbud, i hjemmetjeneste eller ambulante team, mv. Dersom det er vanskelig å svare med kostnadsbeløp, ber vi dere forsøke å gi estimert anslag på årsverk.
Skriv her	Open
Label95	Har dere hatt særlige kostnader knyttet til etablering av botilbud for personer i målgruppen som følge av hensyn til samfunnsvern? Dersom mulig, ber vi dere oppgi anslag på kostnader pr. år.
Skriv her	Open
Label96	Er det andre betydelige kostnader for kommunen/bydelen har som følger av målgruppens vurderte voldsrisiko? (Her tenker vi for eksempel på administrasjon, kontakt med spesialisthelsetjeneste, kurs eller andre kompetansehevende tiltak, nødvendige ombygginger av leiligheter, møtevirksomhet, annet?). Hvis mulig, ber vi dere oppgi anslag på kostnader pr. år.
Skriv her	Open

I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv

Rapporten presenterer resultatene fra prosjektet «Utfordringer med samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri fra et kommuneperspektiv». Dette er et FOU prosjekt gjennomført på oppdrag fra KS.

Rapporten drøfter kommunenes utfordringer med å gi forsvarlige tjenester til personer som skrives ut fra psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatrien for gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD), og hvor hensyn til samfunnsvern står sentralt. Målgruppen inkluderer både personer dømt og sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko.



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2023:06
ID-nr.: 20841