



## Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i behandlingen og oppfølgingen av pasient under gjennomføring av dom for tvungen psykisk helsevern

██████████ HF

Saksnummer: ██████████



**Helsetilsynet**

TILSYN MED BARNEVERN,  
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE



[REDACTED] HF

Unntatt fra offentlighet i henhold til offl.  
§ 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## Oversendelse av endelig rapport i tilsynssak

[REDACTED] HF varslet [REDACTED] om en uventet alvorlig hendelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. En pasient som var under virksomhetens ansvar som følge av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, ble siktet for [REDACTED]. Den alvorlige hendelsen fant sted [REDACTED] og [REDACTED] i [REDACTED]. HF var ansvarlig for gjennomføringen av det tvungne psykiske helsevernet.

Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved [REDACTED] og [REDACTED]. Vi oversendte [REDACTED] vår foreløpige rapport, og vi mottok tilbakemelding til denne fra [REDACTED] HF i brev av [REDACTED]. Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten sendes også pasienten ved [REDACTED].

Vi ber om tilbakemelding til den endelige rapporten innen [REDACTED]. Vi viser til våre forventninger til virksomheten som fremgår avslutningsvis i rapporten.

Tilsynssaken viser også at gjeldende retningslinjer for samhandling mellom påtalemyndigheten og virksomhetene gir for lite konkret veiledning for bosetting, innhold og rammer for samfunnsvernet når domfelte pasienter skal bosettes i kommunen og følges opp [REDACTED] eller poliklinisk. Mangelfull nasjonal veiledning,



uklar ansvarsfordeling og systemer for kvalitetssikring på dette området, gir etter Statens helsetilsyns vurdering en økt risiko for systemsvikt og at kritisk viktige vurderingspunkter ikke blir tilstrekkelig vektlagt og belyst hos helsetjenestene. Vi har fulgt opp dette forholdet i egne brev til påtalemyndigheten og Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern.

Med hilsen

[Redacted]

[Redacted]

*Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift*

Juridisk saksbehandler: seniorrådgiver [Redacted]

Helsefaglige saksbehandlere:

seniorrådgiver [Redacted]

seniorrådgiver [Redacted]

seniorrådgiver, spesialist i psykiatri [Redacted]

Vedlegg: Endelig rapport

Kopi:

Statsforvalteren [Redacted]

Pasienten ved [Redacted]

## Innhold

Sammendrag	5
1. Tilsynets tema og omfang	7
2. Aktuelt lovgrunnlag	8
2.1 Forsvarlig helsehjelp	8
2.2 Dom på overføring til tvungen psykisk helsevern	9
2.3 Krav til virksomhetens tilrettelegging og styring	10
2.4 Pasienter og pårørendes rett til informasjon og medvirkning	11
3. Faglige normeringer og forventninger	11
3.1 Vurdering av voldsrisiko	11
3.2 Kartlegging og vurdering av forvarsler og sårbarhetsområder	12
3.3 Risikohåndtering	13
3.4 Behandling av den psykiske grunnlidelsen og [REDACTED]	13
3.5 Håndtering av [REDACTED] som risikofaktor for vold	14
3.6 Bosetting utenfor institusjon	14
3.7 Ivaretagelse og beskyttelse av potensielle ofre for vold	15
3.8 Samhandling med andre instanser om vernet	15
4. Forhold ved virksomheten	18
4.1 Organisering	18
4.2 Relevante rutiner	20
4.3 Gjeldende praksis	21
5. Det tvungne vernet og pasientbehandlingen	22
5.1 Den alvorlige hendelsen	22
5.2 Om pasienten og dommen	23
5.3 Tilretteleggingen og gjennomføringen ved [REDACTED]	25
6. Opplysninger fra pårørende	30
7. Virksomhetens interne gjennomgang etter hendelsen	31
8. Statens helsetilsyns vurderinger	31
8.1 Virksomhetens tilrettelegging	32
8.2 Oppfølgingen og helsehjelpen til pasienten	35
8.3 Videre tilsynsmessig oppfølging	42
9. Vedlegg	44
Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen	45
Vedlegg 2 – Referanser	46

## Sammendrag

Statens helsetilsyn har undersøkt varsel om en uventet alvorlig hendelse der en pasient under helsetjenestens ansvar etter dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, ble siktet (og senere dømt) for [REDACTED]. Grunnlaget for det tvungne vernet var domfellelse etter flere alvorlige straffbare forhold [REDACTED]

Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern er en tidsubestemt strafferettslig særreaksjon som kan idømmes lovbrutere som begår alvorlig volds- eller voldspreget kriminalitet og som retten vurderer var psykotisk på gjerningstidspunktet, og dermed strafferettslig utilregnelige. I særreaksjonsperioden er helsetjenesten ansvarlig for både behandlingen, og for å forhindre ny alvorlig kriminalitet. Tilsynssaken gjelder et fagområde med særlig stort farepotensiale ved svikt. Det er av den grunn vesentlig at samfunnet kan ha tillit til at spesialisthelsetjenesten er i stand til å verne samfunnet mot nye alvorlig fra lovbrudd strafferettslig utilregnelige som er domfelt for alvorlig vold eller drap. Virksomheten må særlig ha oppmerksomhet på risikoen for at samfunnsvernet ikke ivaretas som forutsatt. Dette stiller skjerpede krav til virksomhetsledelsens aktsomhet ved planlegging og tilrettelegging for gjennomføring av særreaksjonen. Det er et ledelsesansvar å følge opp at relevante og tilstrekkelige risikoreduserende tiltak gjennomføres i praksis.

Hovedtema for undersøkelsene i tilsynssaken har vært om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp og om virksomheten har ivaretatt samfunnsvernet i forbindelse med tilretteleggingen og gjennomføringen av det tvungne vernet. Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern må virksomheten fastsette særreaksjonens innhold innenfor rammene av psykisk helsevernloven. Den domfelte er derfor å betrakte både som en domfelt for alvorlig vold og som en pasient. Et førende moment for tilretteleggingen og gjennomføringen av det tvungne psykiske helsevernet, og som er i konflikt med behandlernes vanlige fokus og vekt på pasientenes autonomi og samtykke, er at samfunnsvernet kommer foran pasientens behov for rehabilitering og medbestemmelse dersom det oppstår en konflikt mellom disse formålene. Forsvarlighetskravet i helselovgivningen skal likevel ikke fravikes.

På tidspunktet for den alvorlige hendelsen var pasienten bosatt alene i en kommunal bolig [REDACTED]. Pasienten hadde oppfølging av [REDACTED] ved DPS. [REDACTED] måneder forut for den alvorlige hendelsen hadde pasienten [REDACTED]

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, og at virksomheten ikke har sikret forsvarlige rammer for samfunnsvernet og de særlige vurderinger og beslutninger som må tas for pasienter som overføres psykisk helsevern etter dom. Det ble ikke gjennomført voldsrisikovurderinger i samsvar med gjeldende nasjonale råd og retningslinjer. Behandling, bosetting og oppfølging av pasienten i boligen ble ikke i tilstrekkelig grad tilrettelagt og gjennomført med bakgrunn i informasjon om de alvorlige forholdene [redacted] var dømt for og premissene som ble lagt i dommen. Det ble med de valgte rammene ikke sikret mulighet for tilstrekkelig løpende observasjon og oppfølgingstetthet ved negative endring i risikobildet, [redacted]

[redacted]

Gjennomgangen av saken har avdekket at virksomheten ikke sikret at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse på vurdering og håndtering av voldsrisiko, dette spesielt ved [redacted]. Prosedyrer og rutiner som ble benyttet var hovedsakelig de samme som gjaldt for andre pasienter i psykisk helsevern, og dermed i liten grad egnet til faglig styring for situasjoner knyttet til dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Dette særlig i situasjoner der hensynet til samfunnsvernet kommer i konflikt med hensynet til pasientens rehabilitering og medbestemmelse.

Videre manglet gode systemer og rutiner for informasjonsoverføring og samhandling internt i virksomheten, ved overføringer mellom ulike avdelinger og overføring til boform med lavt sikkerhetsnivå. Konsekvensene av dette var at tiltak som kunne vært realistisk egnet til å signifikant redusere risiko for vold, ikke ble iverksatt. Blant annet viser gjennomgangen av saken at det tok fire dager før de ansatte [redacted] ble kjent med at pasienten [redacted]

Det gikk videre ytterligere en uke før [redacted]

[redacted] I denne sammenheng er det også relevant at samhandlingen [redacted]

[redacted] var mangelfull. Det manglet blant annet [redacted] Dette bidro til mangel på flyt av kritisk informasjon av betydning for ivaretagelsen samfunnsvernet mellom [redacted] og samarbeidspartnere internt og eksternt.

Saken har for øvrig også avdekket at gjeldende retningslinjer for samhandling mellom påtalemyndigheten og virksomhetene, gir for lite konkret veiledning for bosetting, innhold og rammer for samfunnsvernet når domfelte pasienter skal bosettes i kommunen og følges opp [redacted] eller poliklinisk. Dette gjelder også i forhold til kvalitetssikring av informasjonsflyten. Dette gir økt risiko for svikt.

## 1. Tilsynets tema og omfang

Hovedtemaet for tilsynet er virksomhetens ansvar for tilrettelegging og gjennomføring for pasienter som er overført tvungent psykisk helsevern ved dom, og som (skal) bosettes ute i kommunen. Saken reiser både spørsmål knyttet til helsehjelpen som ble gitt og til ivaretagelsen av samfunnsvernet. I denne sammenhengen er særlig den løpende vurdering, behandling og håndtering av voldsrisiko, [REDACTED] relevant. Samhandling og kommunikasjon mellom enheter er andre viktige vurderingstemaer, både internt ved overflytting mellom avdelinger i [REDACTED] HF, og eksternt med andre instanser med delansvar for gjennomføringen av samfunnsvernet, og gjennom involvering og medvirkning for pasienten og pårørende.

Vi har vurdert denne saken med utgangspunkt i foreliggende skriftlig dokumentasjon, som pasientjournal og gjeldende prosedyrer, samtaler med involverte og virksomhetens tilbakemelding til den foreløpige rapporten. I tilbakemeldingen til den foreløpige rapporten er det opplyst at pasienten [REDACTED]

Pasienten har fått tilbud om å uttale seg til saken, og har gitt noen tilbakemeldinger via sin advokat som er tatt med ved behandlingen.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at det sentrale i denne saken er virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp. Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn for å opprette tilsynssak mot noe enkelt helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den oppfølging pasienten fikk. Vi forutsetter at virksomheten sørger for at tematikken i saken tas opp i relevante forum for samhandling. [REDACTED] RHF vil få kopi av endelig rapport når denne foreligger, for oppfølging i regionen.

### Avgrensninger

Det ligger ikke til Statens helsetilsyns mandat å vurdere påtalemyndighetens (statsadvokatens) oppfølging av domfelte som har fått særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Påtalemyndighetens arbeid kan kun overprøves av Riksadvokaten.

Vi har ikke vurdert virksomhetens kontakt og samarbeid med Nasjonal koordineringsenhet for dom til overføring på tvungent psykisk helsevern spesielt i saken. Vi mener imidlertid gjennomgangen i saken avdekker mangler ved de overordnede nasjonale føringene på området. Vi har derfor orientert Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern og påtalemyndigheten om vår vurdering i saken.

Vi har heller ikke vurdert [REDACTED] kommunes håndtering/involvering spesielt i rapporten, men vi knytter noen kommentarer til samhandling med kommunen i vår vurdering.

## **2. Aktuelt lovgrunnlag**

Relevant lovgrunnlag for den tilsynsmessige vurderingen i saken er bestemmelser i lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv (helsetilsynsloven), lov om helsepersonell (helsepersonelloven), lov om lov om spesialist-helsetjenesten mm (spesialisthelsetjenesteloven) og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring).

Det er virksomheten selv som har ansvaret for at tjenestene som tilbys til enhver tid er forsvarlige, og at virksomheten drives i samsvar med de krav som er fastsatt i lov og forskrift. Sentralt for vurderingen i saken er virksomhetens tilrettelegging og styring når de har ansvar for en pasient med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

### **2.1 Forsvarlig helsehjelp**

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16 og helsepersonelloven § 4.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard, som innebærer at innholdet tar utgangspunkt i normer utenfor loven og dermed kan endre seg i takt med fagutviklinger og endringer i verdioppfatninger. Forsvarlighetskravet tar utgangspunkt i hva som må kunne forventes av helsepersonell og virksomheter, og er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsmessige normer. Disse normene utgjør det som betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Imidlertid regnes ikke ethvert avvik som uforsvarlig, og det må være snakk om et avvik av en viss karakter for at uforsvarlighet konstateres.

Kravet om forsvarlighet gjelder både for det enkelte helsepersonells yrkesutøvelse og virksomhetenes tilrettelegging av helsehjelpen. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand der dette er nødvendig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. I forsvarlighetskravet ligger også en plikt for ledelsen til å organisere virksomheten slik at helsepersonellet kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter, og sørge for at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Krav om forsvarlig styring og ledelse gjelder på alle ledelsesnivå i virksomheten, og innebærer at planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes slik at myndighetskravene etterleveres. Det vil si at lovens forsvarlighetskrav kan være brutt, for eksempel på grunn av manglende rutiner eller uforsvarlige rutiner, selv om enkelthelsepersonell ikke kan bebreides.



## **2.2 Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern**

Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern er en strafferettslig særreaksjon som kan idømmes lovbrutere som begår alvorlig volds- eller voldspreget kriminalitet og som retten vurderer var psykotisk på gjerningstidspunktet, og dermed strafferettslig utilregnelige. Denne særreaksjonen kan benyttes i de situasjonene der retten anser at det er en nærliggende fare for at tiltalte, hvis vedkommende forblir ubehandlet, på nytt vil begå et alvorlig lovbrudd som krenker eller utsetter for fare andres liv, helse eller frihet.

Det fremkommer av psykisk helsevernloven § 5-1 at denne loven gjelder så langt den passer for tilretteleggingen og gjennomføringen av vernet, som overføres til spesialisthelsetjenesten straks dommen er rettskraftig. Det spesielle i saker som gjelder dom på overføring på tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62 første ledd, er at hensynet til behandling og rehabilitering av pasienten kommer bak hensynet til samfunnsvernet, uten at kravet til forsvarlig helsehjelp kan fravikes.

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern overtar spesialisthelsetjenesten ansvaret for pasienten, og må fastsette særreaksjonens innhold innenfor rammene av psykisk helsevernloven. Ansvaret for å planlegge og gjennomføre denne særreaksjonen er å anse som et svært viktig samfunnsoppdrag, der hovedformålet er å beskytte samfunnet mot nye alvorlig lovbrudd og vold fra strafferettslig utilregnelige personer.

Bestemmelser om helsetjenestens gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern fremgår av psykisk helsevernloven kapittel 5. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern er gitt oppgaven med å utarbeide og oppdatere retningslinjer for å sikre nødvendig samhandling og oppfølging mellom helse- og omsorgstjenesten og justissektoren, og veilede virksomheten ved valg av behandlingssted, jf. psykisk helsevern loven §§ 5-2 a, 5-2 b og 5-6 b.

Det er det regionale helseforetaket (RHF) i pasientens bostedsregion som avgjør hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret. Ved valget av institusjon må det legges vekt på sikkerhetsmessige hensyn, og at institusjonen må være egnet til å tilby pasienten tilfredsstillende helsehjelp. I særreaksjonsperioden er virksomheten ansvarlig for både behandlingen, og for å forhindre ny alvorlig kriminalitet, jf. Nasjonal koordinerende enhet for dom til tvungent psykisk helsevern sin «Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern» (1).

Det fremgår av lovverk og retningslinjene at det ved domfellelse etter straffeloven § 62 første ledd som i pasientens tilfelle, skal virksomheten utpeke en faglig ansvarlig for det tvungne vernet og at denne i gjennomføringen særlig skal legge vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse.

Med faglig ansvarlig menes den som endelig beslutter hvordan særreaksjonen skal gjennomføres. Den faglig ansvarlige skal være lege som er spesialist i psykiatri eller

en psykologspesialist innen voksenpsykologi, jf. psykisk helsevernloven § 1-4 og psykisk helsevernforskriften § 5.

Det er ikke stilt særskilte formelle krav til faglig ansvarlige for pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Imidlertid er det verdt å merke seg det generelle kravet i forskriftens § 2 om at den faglig ansvarlige skal ha tilfredsstillende kunnskaper om helselovgivningen med særlig vekt på psykisk helsevernloven. Det er videre et ledelsesansvar ved den enkelte institusjon å sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell i forbindelse med gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern, samt å sørge for den nødvendige opplæring av helsepersonellet.

Det fremgår av lovens forarbeider at ved valg av behandlingsform, skal den faglig ansvarlige vurdere hvilken risiko det innebærer dersom pasienten får friere forhold. Samtidig skal den faglig ansvarlige vurdere å prøve nye behandlingsformer slik at pasienten gradvis får større frihet, som kan gjøre tilbakeføring til samfunnet mulig. Den faglige ansvarliges rolle og ansvar er beskrevet nærmere i Helsedirektoratets publikasjon «Informasjon til faglig ansvarlig for person dømt til tvungent psykisk helsevern».

Det fremgår av psykisk helsevernloven § 5-3 om gjennomføringen av særreaksjonen at den faglig ansvarlige dersom særlige hensyn tilsier det, skal konsultere påtalemyndigheten før den domfelte overføres mellom ulike sikkerhetsnivåer innen samme institusjon eller får permisjon. Tilsvarende skal det være samarbeid mellom virksomheten og påtalemyndigheten ved vurdering av om særreaksjonen skal opprettholdes, eller vurderinger om besøksforbud, jf. psykisk helsevernloven § 5-6 a.

Det er påtalemyndigheten som har myndighet til å beslutte opphør av reaksjonen, jf. straffeloven § 65.

### **2.3 Krav til virksomhetens tilrettelegging og styring**

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk med kvalitets- og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Nærmere om innholdet i plikten fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9. Arbeidet skal forankres og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten har en nøkkelrolle. Det er sentralt for et godt styringssystem at det ikke skal være tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i en virksomhet. Internkontrollen skal bidra til at virksomheten overholder lovpålagte plikter og er et virkemiddel for at ledelsen skal kunne sørge for at krav til forsvarlighet og kvalitet blir ivaretatt i hele virksomheten.

Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet.

Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Dette er en kontinuerlig prosess som også innebærer å kartlegge risiko- og forbedringsområder, identifisere årsaker og iverksette effektive tiltak.

Ledelse og styring i virksomheten medfører plikt til å ha oversikt over risikofaktorer, og sette inn risikoreduserende tiltak der risiko er kjent. Virksomhetens ledelse må derfor løpende identifisere områder der det er risiko for svikt, og innrette risikoreduserende tiltak for å sikre forsvarlige tjenester. Dette gjelder tiltak både for å redusere sannsynligheten for at svikt kan skje, men også tiltak for å redusere konsekvenser av svikt som har skjedd. Ledelsen i virksomheten må gjennomgå alvorlige hendelser for å redusere risiko i pasientbehandlingen.

#### **2.4 Pasienter og pårørendes rett til informasjon og medvirkning**

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a har virksomheten plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen vedkommende har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og 3-3 skal pasient eller pasientens nærmeste pårørende gis et tilbud om møte med virksomheten etter alvorlige hendelser. Videre har pasient og pårørende rett til informasjon om de tiltak som iverksettes i virksomheten, for at lignende alvorlige hendelser ikke skjer igjen.

### **3. Faglige normeringer og forventninger**

Her redegjør vi for hvilke faglige normer (kalt god praksis) som legges til grunn til yrkesutøvelsen og forventninger til virksomhetens overordnede organisering og styring for at helsetjenesten ved oppfølging av dom på overføring til tvunget helsevern skal skje forsvarlig.

For vår vurdering vektlegger vi gjeldende nasjonale anbefalinger på området, og vi vil peke på relevant regelverk, retningslinjer og anbefalinger.

#### **3.1 Vurdering av voldsrisiko**

For en pasient som er dømt til overføring på tvunget psykisk helsevern, er det allerede erkjent at pasienten under visse forutsetninger har en forhøyet risiko for utøvelse av alvorlig vold. Helsepersonellet som skal følge opp samfunnsvernet må dermed forutsette at det vil være en nærliggende og reell mulighet for nye alvorlige voldshandlinger ved fravær av en forsvarlig risikohåndteringsstrategi. Fordi det ikke er mulig å sikkert forutsi i hvilke situasjoner en person vil kunne bli voldelig i fremtiden, må det forventes at det legges et «føre var»- prinsipp til grunn når det besluttes tiltak som skal redusere risikoen for ny voldelig atferd. Dette må tas med

som en innledende forutsetning ved tilrettelegging og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern.

God dokumentasjon av voldshistorie og vurdering av voldsrisiko er viktig for å sikre gode og etterprøvbare risikovurderinger og virksomme individtilpassede tiltak. Der det gjøres en voldsrisikovurdering, bør denne alltid baseres på tilgjengelig fakta om, eller observasjoner av, voldstanker, voldstrusler eller voldshandlinger (3). Det vil således være i tråd med god faglig praksis å innhente opplysninger om voldshistorikk og tidligere kriminalitet, med særlig vekt på kontekst og risikofaktorer som var til stede ved voldsutøvelsen som pasienten ble domfelt for.

Virksomheten må tilrettelegge for at nødvendige vurderinger av pasienters risiko for vold kan utføres og håndteres på en forsvarlig måte og i henhold til god faglig praksis. Det er gitt nasjonale råd og anbefalinger for god praksis i Helsedirektoratets publikasjon på nett «Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse - Nasjonale faglige råd» fra 2018 (3).

Helsedirektoratet anbefaler HCR-20 V3 eller START som verktøy for voldsrisikoutredning av pasienter med alvorlig voldshistorikk. Når en HCR-20 V3 eller annet egnet verktøy er ferdigstilt første gang, må den oppdateres jevnlig etter visse forhåndsbestemte kriterier, som etter hendelser med atferd som utgjør alvorlig fare for andre.

Virksomheten må sørge for at helsepersonell som skal gjøre voldsrisikovurderinger, er kjent med disse nasjonale anbefalingene for god praksis og gis opplæring for at vedkommende skal kunne gjennomføre utredning og oppfølgende tiltak for å redusere risiko på en forsvarlig måte (3).

### **3.2 Kartlegging og vurdering av forvarsler og sårbarhetsområder**

Det må legges til grunn at en persons voldsrisiko er dynamisk, noe som innebærer at risiko for vold vil endre seg over tid og gjennom situasjoner. Det er av den grunn av vesentlig betydning at kartlegging og vurdering foretas med utgangspunkt i det miljøet og omgivelsene hvor personen skal oppholde seg til daglig, og personens daglige aktiviteter og samhandling med omgivelsene.

For å ivareta det dynamiske aspektet bør løpende risikovurdering og -håndtering omfatte systematisk kartlegging og analyser av forvarsler om at risiko for vold kan være økende, og å nedfelle disse i en plan for risikohåndtering (3). Det vil være også nødvendig å gjøre en grundig analyse av pasientens sårbarhet og voldsdynamikk, og sannsynlige utløsende faktorer ved tidligere voldsepisoder. Sårbarhet defineres her som økt sannsynlighet for at en person vil vise voldsatferd i en gitt situasjon i samspill med andre. Grensesetting, rus og omstillinger er eksempler på faktorer som kan utløse en sårbarhet hos pasienter i psykisk helsevern med voldelig atferd (3).

### **3.3 Risikohåndtering**

Når pasienten er dømt til behandling må det forutsettes at risikoen for vold også i fremtiden vil kunne påvirkes av faktorer som var til stede da handlingene pasienten er dømt for fant sted. Det vil videre være i samsvar med god faglig praksis å kartlegge og fortløpende overvåke eventuelle kliniske indikasjoner som særlig er forbundet med vold, som dyssosial personlighetsforstyrrelse/antisosiale trekk, voldsbefalende stemmer og/eller forfølgelsesvrangforestillinger, og se disse i sammenheng med de føringer som er lagt i dommen for overføringen til tvungent psykisk helsevern. Det vil være viktig å se eventuelle kliniske indikasjoner i sammenheng med opplysninger om rusmiddelmissbruk da dette i særlig grad vil kunne gi rask negativ endring av voldsrisikoen, og da særlig ved misbruk av flere rusmidler samtidig (3).

Under visse forutsetninger vil risikoen kunne endre seg svært raskt, for eksempel ved [REDACTED]. Virksomheten må derfor planlegge gjennomføring av særreaksjonen ut fra en erkjennelse av at det under visse forutsetninger vil kunne oppstå uønskede situasjoner og hendelser der det er nærliggende fare for alvorlig skade på liv og helse, og som det ikke vil være realistisk mulig å fange opp innenfor rammene av poliklinisk eller ambulant oppfølging alene. Involvering av kommunale hjemmebaserte tjenester eller bemannet bolig, er tiltak som må vurderes for å sikre tilstrekkelig tett tilsyn og observasjon.

Innholdet i særreaksjonen skal søkes tilrettelagt slik at domfelte gis mulighet til å oppnå en gradvis progresjon mot en tilværelse i full frihet (1). Dette innebærer en løpende vurdering av hvilken risiko det vil innebære dersom den domfelte får friere forhold. Anvendelse av progresjonsstiger er en metode der pasienten gjennom å vise mestring i bestemte situasjoner, kvalifiserer seg til økt frihet senere i forløpet. Det kan dreie seg om evnen til å ta ansvar for eget liv, og å unngå rus og situasjoner som kan medføre økt risiko for vold. Gjennom å vise mestring på ett trinn, vil pasienten kvalifisere seg til å prøve neste trinn på progresjonsstigen (3). Dersom pasienter fremviser negativ progresjon, bekymringsfull livsførsel og gjentatte vilkårsbrudd, [REDACTED] vil det være nødvendig å vurdere behovet for endring av rammene og overføring til et høyere omsorgs- og behandlingsnivå.

### **3.4 Behandling av den psykiske grunnlidelsen og komorbide tilstander**

Klinisk behandling utgjør en viktig del av virksomhetens ivaretagelse av samfunnsvernet, ved at symptomer og tilstander som ellers kan tenkes å bidra til forhøyet voldsrisiko behandles og håndteres. Det er derfor grunnleggende i gjennomføringen av særreaksjonen at pasientens grunnlidelse utredes og behandles i tråd med god faglig praksis.

Antipsykotisk medisinerings vil være aktuelt i de fleste tilfeller der pasienten er dømt til tvungent psykisk helsevern på grunnlag av alvorlig vold begått i en psykotisk tilstand. Hvis rusmiddelbruk har vært en sentral problemstilling for pasienten, kan det forutsettes at alle tiltak for å kartlegge, behandle, forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk (skadereduksjon) vil være risikoreduserende.



### **3.5 Håndtering av [redacted] som risikofaktor for vold**



### **3.6 Bosetting utenfor institusjon**

Det vil regnes som en forutsetning for å lykkes med andre forebyggende tiltak, at det tilrettelegges for og sikres en stabil bosituasjon i et trygt psykososialt miljø med nødvendige hjelpetiltak, og etablering av et stabilt og trygt sosialt nettverk (8). Før pasienten skal bosettes ute i samfunnet, vil det være god faglig praksis og nødvendig for samfunnsvernet at det gjøres en helhetlig vurdering av hva som vil være en sannsynlig egnet, trygg og forsvarlig bosituasjon, jf. HCR-20 V3, risikoled R2 (4). Viktige vurderingstemaer vil være om pasienten under gitte rammer vil bli eksponert for risikofremmende faktorer, som [redacted] voldsutsatt bomiljø, tilgang til våpen og nærhet til potensielle ofre. Det må vurderes om pasienten har behov av en bolig som er døgnbemannet eller tilkoblet en personalbase. Dersom det ligger spesielle føringer i dommen på overføring til tvungent psykisk helsevern knyttet til rammer for bosituasjon, må det forventes at dette legges til grunn. Den faglige ansvarlige må eventuelt dokumentere og begrunne vurderinger som legges til grunn for et annet syn.

Ved bosetting av pasienten utenfor døgnavdeling, vil spesialisthelsetjenestens mulighet til å observere pasienter være begrenset. Virksomheten må legges til rette for

at pasienten kan følges opp i tråd med risikoprinsippet, som tilsier at det må være samsvar mellom individuell risiko og individuell oppfølgingsgrad, og at økende risiko må ledsages av tettere oppfølging. Tilsyn i denne sammenhengen er planlagt oppfølging der målet er å tidligst mulig fange opp negative endringer i pasientens tilstand, samt å redusere risiko for vold gjennom økt tilstedeværelse (3,4).

### **3.7 Ivaretagelse og beskyttelse av potensielle ofre for vold**

Det vil være i samsvar med god faglig praksis at teamet rundt pasienten fortløpende vurderer om det er noen i pasientens omgivelser som kan stå i fare for å bli utsatt for vold fra pasienten. Hvilke personer dette er, må vurderes konkret på bakgrunn av opplysninger om pasientens nettverk, men mest utsatt kan være pårørende, kjæreste, andre nære relasjoner og nære naboer, samt offentlig ansatte som skal yte tjeneste til pasienten (3,4).

Vurderingene må om nødvendig følges opp med tiltak som kan bedre den fysiske sikkerheten eller potensielle ofres evne til å beskytte seg selv. Dette kan for eksempel være råd og informasjon om å ikke gå alene ved ambulant virksomhet, veiledning/opplæring i terapeutisk grensesetting, veiledning og psykoedukasjon rettet mot pårørendes evne til selvbeskyttelse. Det kan også være beskyttelsestiltak rettet mot naboer, bruk av voldsalarm/alarm og at ansatte på forhånd avtaler strategier for å håndtere og komme seg ut av truende situasjoner. Tiltak kan også være sosiale restriksjoner, for eksempel at det i samarbeid med påtalemakten ilegges besøksforbud til privatpersoner eller sosiale/offentlige møteplasser der pasienten kan utgjøre en risiko for andre.

Når pasienten er overført tvungent psykisk helsevern etter dom må teamet som har ansvar for gjennomføring av særreaksjonen vise en særlig aktsomhet ved kunnskap om at domfelte har innledet nye nære relasjoner/nettverk, og at det gjøres en (ny) risikovurdering basert på pasientens voldshistorie og innhentede opplysninger om den nye relasjonen og nettverket. Det vil være særlig relevant å vurdere om de nye kontaktene innebærer økt eksponering for ██████████ som pasienten er vurdert å være sårbar for, og om de innebærer nærhet til potensielle offer for den domfelte pasienten.

Det forventes også at de som har ansvaret for behandlingen og oppfølgingen er oppmerksom på situasjoner og sikkerhetsmessige forhold som kan tilsi at andre skal eller bør informeres om risiko og tiltak, for eksempel ved vedtak om kommunale tjenester som skal ytes i pasientens hjem. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er et verktøy som må vurderes benyttet med målsetning om å styrke de kommunalt ansattes evne til å ivareta egen sikkerhet og yte forsvarlige tjenester til pasienten (3,4).

### **3.8 Samhandling med andre instanser om vernet**

I gjeldende nasjonale anbefalinger fra Helsedirektoratet, er det understreket at ansvaret for å følge opp psykisk syke og potensielt voldelige personer er tillagt flere instanser, jf. «Voldsriskoutredning ved alvorlig psykisk lidelse» (2018). Det

foreligger en gjensidig samarbeidsplikt for alle tjenestene som er nedfelt i lovverket. Dette gjelder både politi- og påtalemyndigheten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (3). Dersom det tvungne psykiske helsevernet skal gjennomføres uten døgnopphold, vil det være i tråd med god faglig praksis at virksomheten sikrer at det skjer en vurdering av hvilke instanser som skal involveres i risikohåndteringen, og inngå i en samarbeidsgruppe eller ansvarsgruppe, som for eksempel kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastlege, pårørende og politi/kriminalomsorgen.

Det må forventes at kartleggingen og vurderingen av hva som vil være en egnet bolig og behovet for tjenester, skjer i samråd og dialog med kommunen. Dersom det vurderes at det er nødvendig med for eksempel et døgnbemannet tilbud for å sikre forsvarlige tjenester, vil kommunen ha plikt til å yte denne tjenesten (5). Det vil da være avgjørende at informasjon som er relevant for ivaretagelsen av samfunnsvernet, herunder relevante deler fra dommen og oppdaterte voldsrisikovurderinger, formidles til den instansen som skal vurdere søknaden om bolig og behovet for oppfølgende tjenester i kommunen (3).

Pasienter skal som hovedregel samtykke til at informasjon deles mellom ulike instanser. Under gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, gjelder pasientrettighetsloven så langt den passer (1). Når pasienter er dømt til tvungent psykisk helsevern, vil ikke pasientene kunne motsette seg deling av sentrale opplysninger om risiko, dersom det vurderes nødvendig å dele informasjonen for å ivareta det lovpålagte hensynet til samfunnsvernet (1,3).

### *3.8.1 Delt plan for risikohåndtering*

Det regnes som god praksis at det utarbeides strategier for tidlig intervensjon og krisehåndtering for pasienter med alvorlig voldshistorikk, som planlegges og nedfelles i en skriftlig plan som gjøres kjent for alle involverte (3).

Risikohåndteringsplanen bør inneholde opplysninger om pasientens sårbarhet og situasjoner der det bør forventes at vold kan oppstå (risikosituasjoner), observerbare endringer og tegn på at faren for vold er økende (forvarsler/varselsignaler), samt strategier og tiltak som kan forebygge og dempe en negativ utvikling og voldsatferd. Det bør fremgå hvilke endringer som skal utløse bekymringsmelding, hvem som skal varsles og hvem som skal intervensjon. Det er av særlig betydning at en på forhånd har identifisert og nedtegnet tidlige forvarsler på at risiko for vold kan være økende, fordi forebyggende og dempende tiltak har best effekt tidlig i voldseskaleringsprosessen. For pasienter med særlig kompliserte voldsproblemer, bør det så langt det er mulig på forhånd være definert hvilket lidelsestrykk og atferd hos pasienten som skal utløse kontakt og samarbeid om tilbakeføring til enheten pasienten kom fra, eller annen egnet døgningstitusjon (3).

Det ligger implisitt i formålet med særreaksjonen at hovedfokuset i planen må være hva hjelpeapparatet, ikke pasienten selv, skal gjøre ved endringer i risiko. Det vil være en fordel, og i tråd med god praksis å involvere pasienten, men samfunnsvernet kan ikke baseres på at pasienten vil samarbeide ved negative endringer og kriser.



Når pasienten skal skrives ut fra sykehus og bosettes ute i samfunnet, er det anbefalt at planen utarbeides i samarbeid med de instansene som er relevante for å ivareta samfunnsvernet. På denne måten blir alle som er involvert i tilretteleggingen og oppfølgingen, gjort kjent med hvilke situasjoner og forvarsler som pasienten har, og intervensjoner som kan hindre voldsgjentakelse.

### *3.8.2 Samarbeid med politimyndigheten*

Det må sikres at helsepersonell har lav terskel for å tilkalle politi ved eskalering av risiko for vold. Det vil som hovedregel være nødvendig å samarbeide med politiet for trygg transport til egnet døgneten dersom pasienten er ustabil, og til akutt fare for seg selv og andre. For å sikre lavest mulig responstid i kritiske situasjoner, vil det kunne være avgjørende for utfallet at operativ enhet hos lokalt politi på forhånd har blitt gjort kjent med planen og hvilke forhold pasienten er domfelt for (3).

Helsedirektoratet og Politidirektoratet anbefaler i rundskriv om helsetjenestens og politiets oppgaver og samarbeid, IS-5/2012 (7), at det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjenesten og politiet, eller at eksisterende samarbeid styrkes, slik at innholdet i rundskrivet ivaretas. Rutinene bør blant annet omfatte regelmessige møter for utveksling av informasjon og avtale om hvem som bør kontaktes i ulike situasjoner. Ved gjennomføring av særreaksjon tvungent psykisk helsevern, vil det av hensyn til samfunnsvernet være særlig aktuelt å initiere samarbeid med operativ enhet hos lokalt politi rundt den enkelte pasient.

### *3.8.3 Samhandling med påtalemyndighet og koordinerende enhet*

Påtalemyndigheten er pålagt en tilsyns- og kontrollfunksjon under gjennomføringen av særreaksjonen. Kontrollfunksjonen omhandler hensynet til samfunnsvernet. Påtalemyndigheten har derfor behov for å bli informert om de domfeltes behandling.

Den faglig ansvarlige er pålagt å utarbeide årlige statusrapporter til påtalemyndigheten som sendes til politiadvokaten, med kopi til statsadvokat og koordineringsenheten. Statusrapporten skal følge mal for utarbeidelse av statusrapporter, se [www.nasjonalkoordineringsenhet.no](http://www.nasjonalkoordineringsenhet.no).

Statusrapportskjemaet skal fylles ut og vedlegges kopi av statusrapporten som sendes til Nasjonal koordineringsenhet årlig de tre første årene etter rettskraftig dom.

Dersom påtalemyndigheten mener at samfunnsvernet ikke blir godt nok ivaretatt der hvor domfelte oppholder seg/får behandling, kan påtalemyndigheten begjære endring i gjennomføringen. Alle nye forhold som kan ha betydning for samfunnsvernet og dermed for påtalemyndighetens kontrollfunksjon, skal meddeles fortløpende til ansvarlig statsadvokat, med kopi til ansvarlig politiadvokat og koordineringsenheten. Dette gjelder situasjoner som har relevans for samfunnsvernet, og hvor påtalemyndigheten kan tenkes å ha interesse i å begjære endring. Det kan eksempelvis dreie seg om rømning, nye episoder med vold og trusler [REDACTED]

### 3.8.4 Samhandling med pårørende

Pårørende er en sentral samarbeidspartner for tjenesteutøver. Pårørende har ofte kunnskap som er viktig for vurdering av en persons voldsrisiko. De kjenner i mange tilfeller personen langt bedre enn helsepersonellet, og vet hvordan personen omgås andre. Pårørendes relasjon til pasienten bør vurderes, og om tiltak for å redusere risiko for vold mot pårørende er nødvendige. Dette gjelder særlig når pasienten bor hjemme hos sine pårørende og er økonomisk avhengig av pårørende, noe som øker risiko for konflikt, eller når pårørende har utstrakt kontakt med pasienten (3).

Helsepersonell skal lytte til og følge opp pårørendes bekymringer for pasienten. Helsepersonellet må føre nødvendig og relevant informasjon fra pårørende i journal eller annet dokumentasjonssystem, og ved behov følge opp bekymringen med tiltak overfor pasienten eller brukeren (10).

## 4. Forhold ved virksomheten

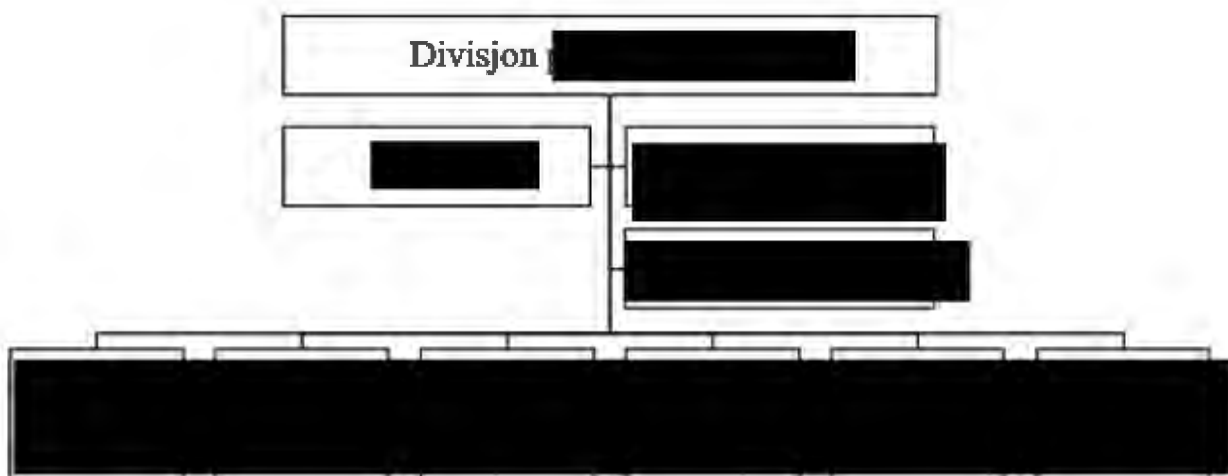
I dette kapitlet redegjør vi for relevante forhold ved styringen av virksomheten og tilretteleggingen av tjenestene som legges til grunn for vår vurdering i tilsynssaken.

Opplysningene bygger på den skriftlige informasjonen vi har mottatt om organiseringen og tilretteleggingen samt informasjon fra intervju med ledelse og ansatte i virksomheten, og tilbakemeldingen til vår foreløpige rapport i saken.

### 4.1 Organisering

Divisjon [REDAKERT] HF, tilbyr utredning, behandling og rehabilitering til pasienter som blir henvist til en av divisjonens avdelinger, se figur 1 nedenfor for en oversikt over divisjonen med underliggende enheter slik den var organisert på tidspunktet for hendelsen.

Behandlingstilbudet omfatter akuttbehandling, ambulante tjenester, poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbaserte tjenester. I det aktuelle pasientforløpet var det to avdelinger som var involvert, avdeling [REDAKERT] ved spesialpost [REDAKERT] og [REDAKERT] DPS [REDAKERT] ved rehabiliteringsseksjonen [REDAKERT] og [REDAKERT].



Figur 1: Figuren viser Divisjon [redacted] med underliggende enheter

#### 4.1.1 Avdeling [redacted]

Avdeling [redacted] har øyeblikkelig hjelp-funksjon for pasienter i hele tidligere [redacted] fylke. [redacted] er en lukket døgnpost. Dette er divisjonens nest høyeste behandlingsnivå og rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse, herunder [redacted] og omsorg på sykehusnivå [redacted] samarbeider tett med [redacted] DPS, avdeling [redacted] (regional sikkerhetsavdeling og kompetansesenter) og pasientenes hjemkommune.

#### 4.1.2 [redacted] DPS

[redacted] DPS har [redacted] sengeplasser fordelt på [redacted] ulike seksjoner: [redacted]

[redacted] døgn har et åpent døgntilbud, og tilbyr både akutte og planlagte innleggelses. Døgnenheten behandler vanligvis ikke pasienter på tidsbestemt særreaksjon.

#### 4.1.3 [redacted]

[redacted] er et tverrfaglig [redacted] underlagt rehabiliteringsseksjonen ved [redacted] som er opprettet i samarbeid mellom [redacted] HF og [redacted] kommune. [redacted] gir tilbud til i overkant av [redacted] pasienter, og har til sammen [redacted] fagstillinger og personell med ulike profesjonsbakgrunn som lege, psykolog, sykepleier, vernepleier, ergoterapeut og sosionom. Personalressurser fra kommunen og spesialisthelsetjenesten er integrert i samme team.

[redacted] har en recoverybasert metode der pasientens medbestemmelse og autonomi er viktige bærebjelker i behandlingsfilosofien. [redacted] skal ved behov sikre rask bistand, forsterke pågående behandling og rehabilitering, samt bidra til samordnede og helhetlige tjenester innen psykisk helsevern. Ansatte i [redacted] skal være lett tilgjengelig for pårørende og andre samarbeidspartnere.

## 4.2 Relevante rutiner

Det finnes generelle prosedyrer for behandling av pasienter [REDACTED] men ingen spesielle som gjelder forløp med dom på overføring på tvungent psykisk helsevern.

Virksomheten hadde på tidspunktet for hendelsen ikke implementert skriftlige prosedyrer eller andre styrende dokumenter som er utarbeidet spesielt for tilrettelegging og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern på DPS nivå. I prosedyren [REDACTED] fremgår det at avdelingssjefen utpeker hvilke spesialister (overlege/psykologspesialist) som skal ha vedtaksmyndighet innenfor egen avdeling. Det var ikke etablert rutiner som beskrev nærmere hvordan vedtaksfunksjonen ved særreaksjon skulle organiseres og hva slags (obligatorisk) opplæring disse skulle få.

### 4.2.1 Generelle prosedyre for pasienter under tvungent vern

Vi har fått fremlagt flere rutiner som gjaldt håndtering av ordinære pasienter (uten særreaksjon) i virksomheten, som også ble anvendt for pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Blant annet en generell prosedyre for rutiner for etablering, overføring og opphør av tvungent vern ved [REDACTED] DPS [REDACTED], samt en prosedyre på divisjonsnivå for kartlegging og vurdering av voldsrisiko hos pasienter som legges inn i tvungent psykisk helsevern ([REDACTED]).

Det er laget en prosedyre for å ivareta sikkerheten for ansatte ved [REDACTED] virksomhet ved [REDACTED] for eksempel ved behandling som skjer i pasientens hjem ([REDACTED]).

### 4.2.2 Opplæring og kompetanse

I [REDACTED] ble det gjennomført en kartlegging av hvilken kompetanse den enkelte ansatte [REDACTED] var i behov av, og utarbeidet en kompetanseplan. Oversikt over oppfølging og iverksettelse av kompetansehevende tiltak finnes i en teknisk løsning, Læringsportalen. Portalen er knyttet opp mot det elektroniske systemet som blant annet anvendes i medarbeidersamtaler. Det var under planlegging å legge inn full kompetanseoversikt for alle ansatte i Kompetanseportalen, men dette var ikke gjennomført på tidspunktet hendelsen skjedde. På tidspunktet for den aktuelle hendelsen var det ikke laget noe system for rutinemessig dokumentasjon av deltagelse på kurs/obligatoriske kurs og gjennomført opplæring for ansatte [REDACTED].

I henhold til [REDACTED], *Voldsrisikovurdering*, skal alle nyansatte ha opplæring i hvordan man gjennomfører kartlegging og vurdering, samt hvordan man dokumenterer dette, og siden gjenta opplæringen hvert annet år. Denne prosedyren er datert [REDACTED]. Under det stedlige tilsynet gjorde imidlertid klinikkledelelsen oss oppmerksomme på at denne ennå ikke var implementert i klinikken på tidspunktet da [REDACTED].

Under tilsynet kom det frem at det var stor variasjon når det gjelder formell utdanning og kompetanse i tematikk knyttet til risikovurderinger hos de ansatte, og at

det ikke forelå tilstrekkelig oversikt i virksomheten over de faglige ansvarliges kompetanse innen voldsrisikovurderinger. Det er heller ikke et system i virksomheten, for opplæring av personell med høyskoleutdanning opp mot de særlige krav/hensyn som vil gjelde for pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

### **4.3 Gjeldende praksis**

I det følgende redegjør vi for opplysningene vi har mottatt, om gjeldende praksis [REDAKERT] som er relevant for vår vurdering i tilsynssaken.

#### **4.3.1 Dokumentasjon av helsehjelpen**

Fordi [REDAKERT] består både av ansatte fra kommunen og helseforetaket benyttes to ulike dokumentasjonssystemer, [REDAKERT] i [REDAKERT] kommune og [REDAKERT] ved helseforetaket. [REDAKERT] i [REDAKERT] kommune har tilgang til den «kommunale informasjonen» som er nedtegnet i [REDAKERT]

#### **4.3.2 Vedtaksansvarlig/behandlingsansvarlig**

På [REDAKERT] DPS er det [REDAKERT] som er gitt hovedansvaret for oppfølging av pasienter når særreaksjonen skal gjennomføres utenfor døgnavdeling. Virksomheten valgte på den aktuelle tiden en organisering der overføring til ny enhet også medfører bytte av faglig ansvarlig. Dette gjaldt også ved kortvarige kriserelaterte innleggelses på døgn. Det var utpekt i alt fire personer ved [REDAKERT], enten en spesialist i psykiatri eller klinisk psykologspesialist, som kunne være faglig ansvarlig, og ha ansvaret for gjennomføringen ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

Det ligger implisitt i modellen for [REDAKERT] at det skal være tverrfaglig involvering i gjennomføringen, slik at ulike sider av oppfølgingen av pasienten blir ivaretatt. Den vedtaksansvarlige har alltid «siste ordet», og skal godkjenne alle sentrale vurderinger og beslutninger som vedrører behandling og gjennomføring av særreaksjonen.

Vi fikk opplyst i samtaler ved det stedlige tilsynet at det for pasienter med dom på overføring til tvungent helsevern skal gjennomføres ukentlige vurderinger, og på bakgrunn av disse besluttes om pasientens progresjon og mestring tilsier at det kan løses opp på kontrolltiltak, eller om det må strammes inn. Vi kan ikke finne at dette var en etablert praksis før hendelsen som var nedfelt i noen skriftlig rutine/prosedyre.

Når det gjelder boforhold var det gjeldende praksis at eventuelle behov for endringer i risikopasienters boforhold tas opp på nærmeste ledernivå. Hvis faglig ansvarlig mente oppfølgingen av pasienten er uforsvarlig, skulle vedkommende sørge for at ledelsen blir gjort oppmerksom på dette, slik at det kunne drøftes videre med ledelsen i kommunen.

Praksis med at faglig ansvarlig er knyttet til det tverrfaglige teamet, skulle sikre at kritisk informasjon ble formidlet til de andre i teamet, og at vedkommende fortløpende ble oppdatert på endringer ved pasienten og eventuelt innrette nye tiltak. Denne organiseringen skulle forebygge at kritisk informasjon går tapt underveis i det

██████████ forløpet. Den faglig ansvarlige vurderer ellers pasienten på indikasjon, det vil si når behandlerne i kontakt med pasienten informerer om endringer, eller når pasienten uttrykker behov som det er faglig ansvarlig som må ta stilling til. Alle observasjoner eller behov av denne art forventes tatt opp i behandlingsmøtet.

#### *4.3.3 Behandlingsmøter*

██████████ har behandlingsmøte to ganger i uka. Det benyttes en elektronisk tavle, IMATIS i ukentlig gjennomgang av alle pasienter i behandling. Alle pasienter er fordelt på grønn, gul og sort fane i IMATIS. De «grønne» er i stabil fase og gjennomgås ukentlig. Pasienter i sort er innlagt på døgnplass. Pasienter under gul fane er i ustabil fase eller har behov for tett kontakt med teamet av andre årsaker og gjennomgås i teamet hver morgen. Dette er tverrfaglige møter med flere spesialister til stede. Alle pasienter skal ha behandlingsplan.

#### *4.3.4 Samhandling ved overføring mellom enheter*

Ved overføring av pasienter internt i ██████████ HF er det etablert samhandlingspunkter for å sikre pasientflyt og flyt av kritisk informasjon til neste behandlingsnivå. Det er månedlige samarbeidsmøter hvor både avdeling ██████████ (██████████) og ██████████ DPS, (██████████ og ██████████), er representert. Det kan også innkalles til hyppigere møter ved behov.

#### *4.3.5 Samhandling eksternt*

Det var den vedtaksansvarliges ansvar å følge opp pasienten i tråd med retningslinjer for dom på overføring på tvungent psykisk helsevern. Det var ikke laget noen intern systematikk for kvalitetssikring av den faglige ansvarliges vurderinger ut over den årlige rapporteringen til påtalemyndigheten.

Det manglet både prosedyrer/rutiner for samarbeid med politiet, og klare rutiner for samhandling med kommunen.

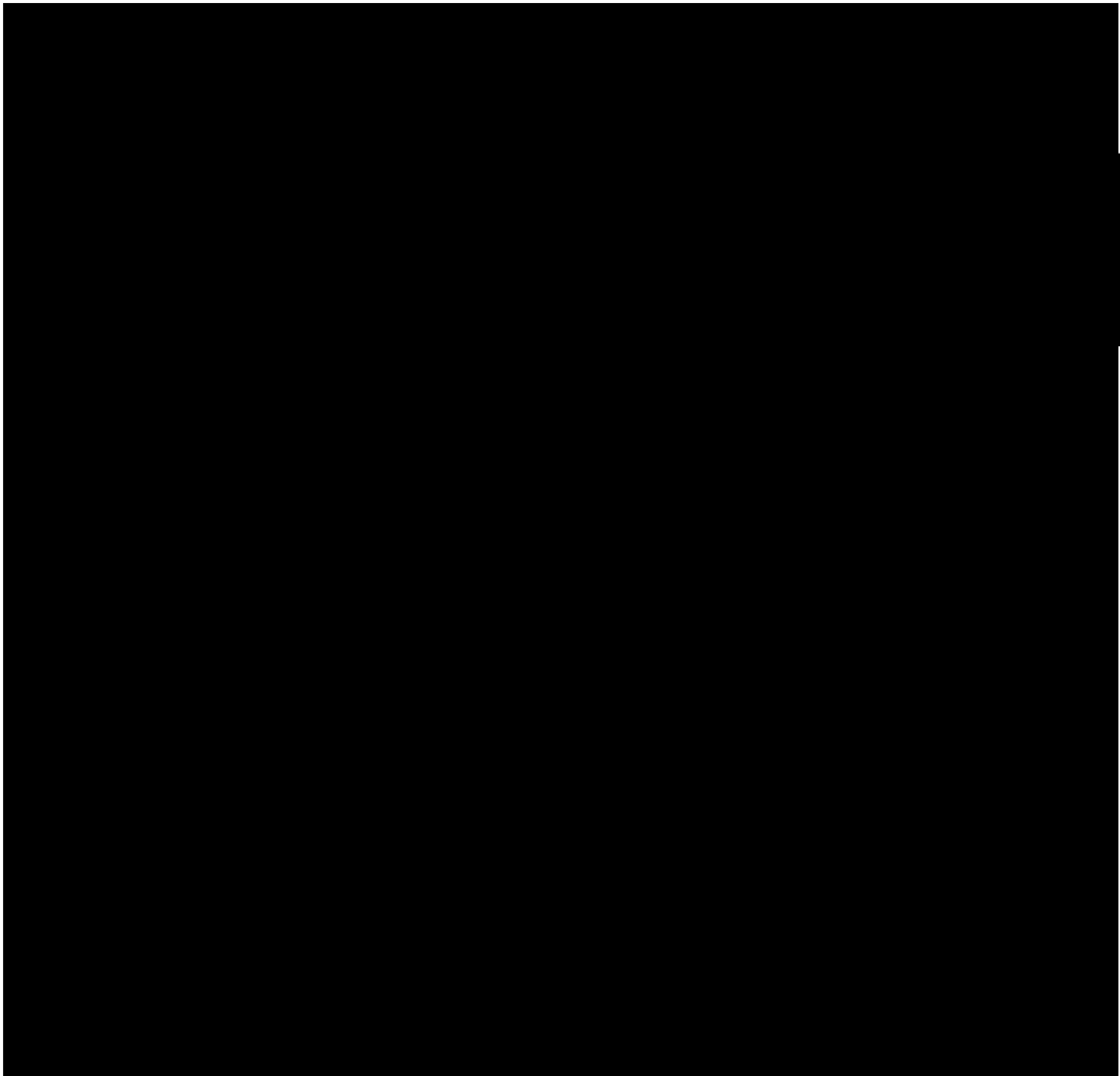
Kontakt mellom sektorene ble etablert ut fra behovet i det enkelte pasientforløp. Utrvekslingen av informasjon mellom ██████████ og kommunen kunne enten skje elektronisk via E-link eller via et eget journalsystem med tilgang til informasjon fra sykehuset som var tilgjengelig for ██████████ i ██████████

## **5. Det tvungne vernet og pasientbehandlingen**

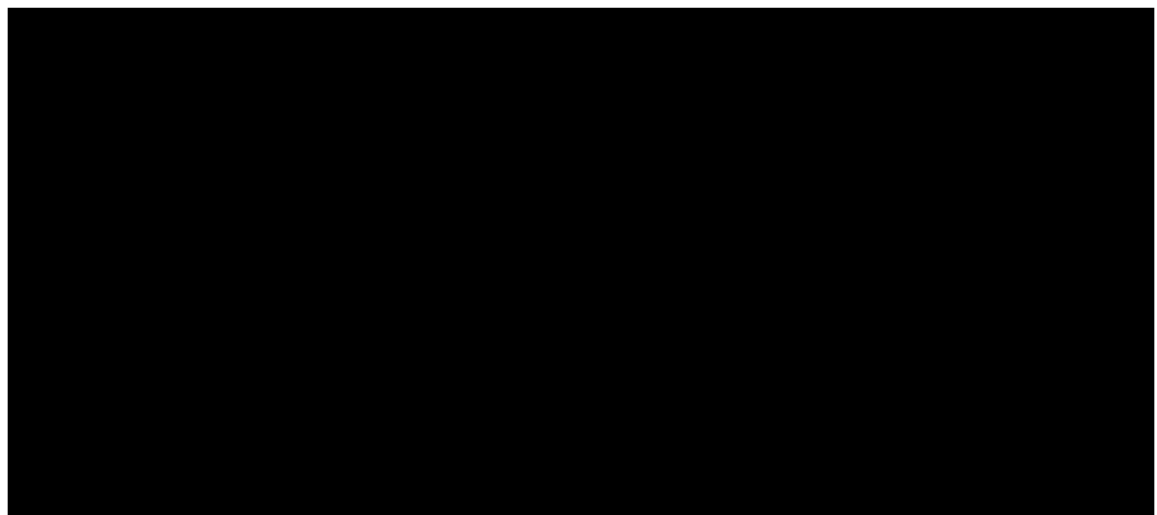
I dette kapittelet beskriver vi relevante bakgrunnsopplysninger om pasienten, herunder grunnlaget for det tvungne vernet, hendelsesforløpet og informasjon om oppfølgingen og behandlingen av pasienten. Vi redegjør også for opplysningene vi har mottatt knyttet til pasient 2.

### **5.1 Den alvorlige hendelsen**

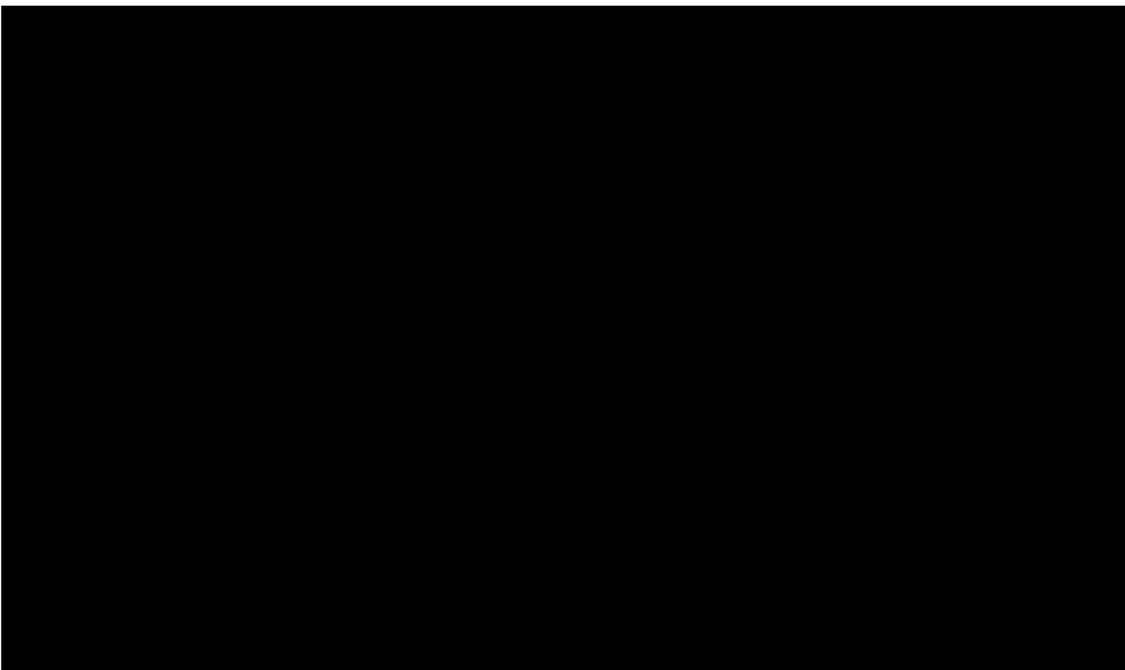
Den alvorlige hendelsen som ble varslet fast sted ██████████ ██████████  
██████████



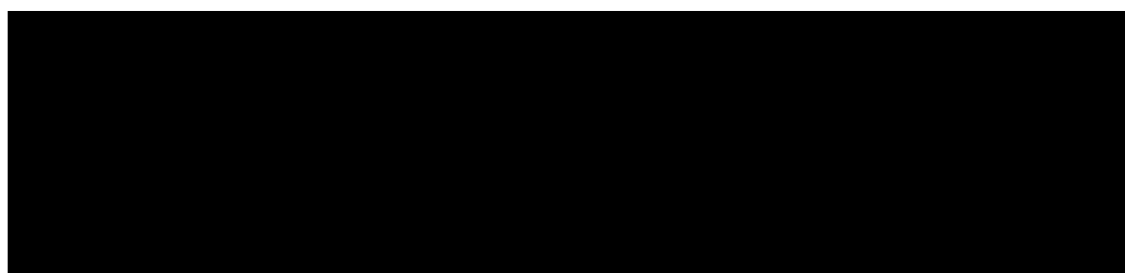
**5.2 Om pasienten og dommen**



*Sentrale premisser for dommen*



*Mottak av pasienten til gjennomføring av dom på [redacted] avd. [redacted]*  
Pasienten ble overført [redacted] HF for gjennomføringen av dom for tvungent psykisk helsevern fra [redacted] HF etter domfellelsen. Pasienten ble overført til [redacted] den [redacted]. Gjennomgangen av saken har vist at den første faglige ansvarlige på [redacted] ikke rådførte seg med de rettspsykiatriske sakkyndige i løpet av den obligatoriske observasjonstiden på tre uker. Det ble sendt søknad om kommunal bolig og gjennomført kartleggingsmøte med pasienten, [redacted] kommune, sosionom og primærkontakter på [redacted] i [redacted].

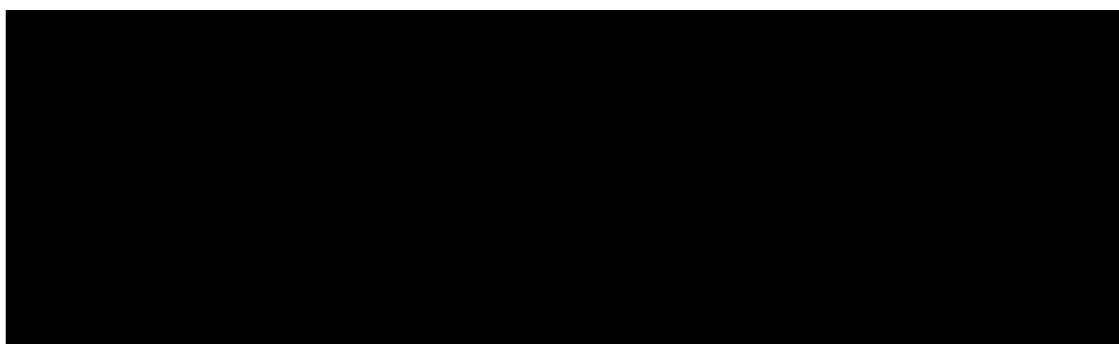
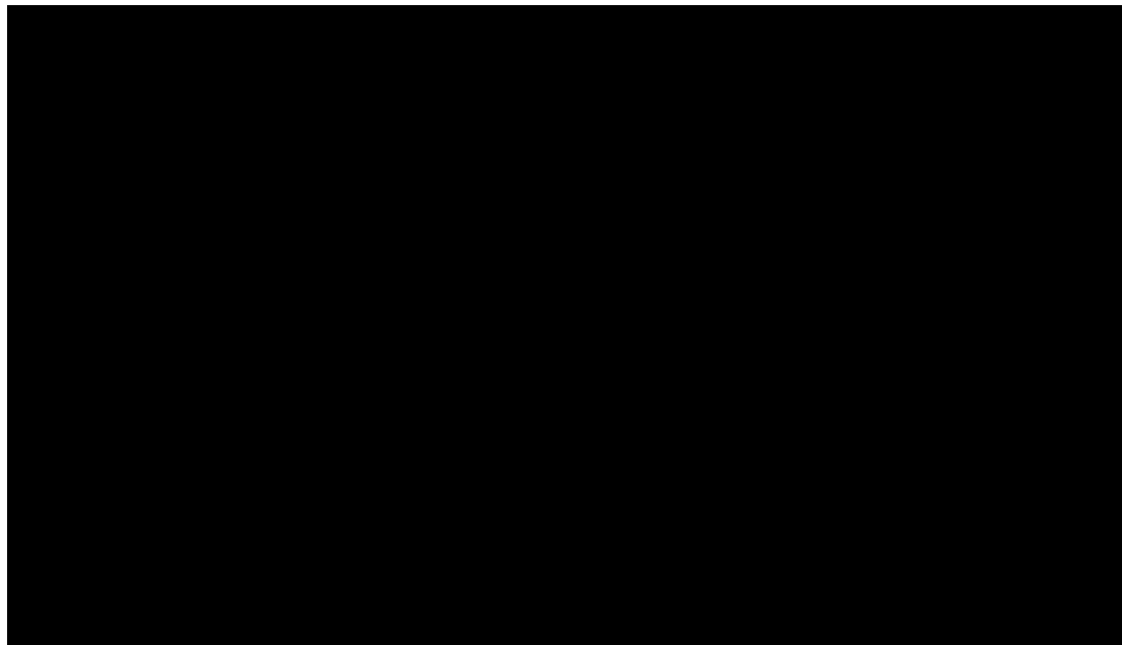


Det ble laget en tentativ progresjonsplan for overføring til lavere omsorgsnivå på DPS døgnerhet som ble oversendt statsadvokaten, og progresjonsplanen ble godkjent av statsadvokaten [redacted]. Pasienten ble [redacted] overført til [redacted].





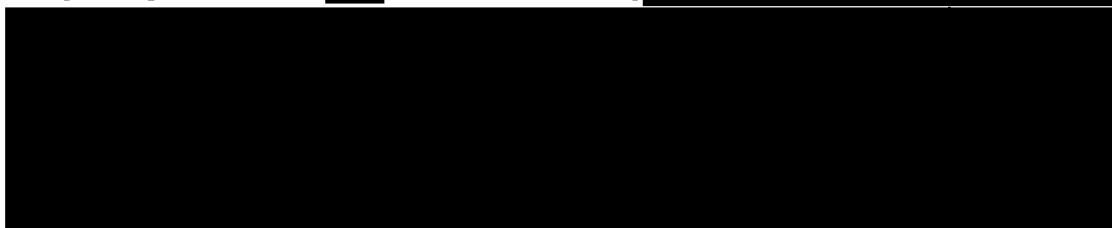
██████████. Pasienten ██████████ ble senere innbrakt til seksjonen av politiet.



### **5.3 Tilretteleggingen og gjennomføringen ved ██████████**

Pasienten ble overført til ██████████ oppfølging i ██████████. Pasienten fikk tildelt fire høyskoleutdannede behandlere, som sammen med overlege i ██████████ (som startet i ██████████) skulle ha hovedansvaret for den praktiske gjennomføringen av særreaksjonen.

Pasienten var under oppholdet på avdeling ██████████ tildelt en ordinær kommunal bolig uten personalbase. ██████████ ble bosatt i en bolig ██████████



*Innledende oppfølging*

[REDACTED]

Fra virksomhetens side er det i tilbakemeldingen til vår foreløpige rapport pekt på at det i forbindelse med hjemmebesøk ble lagt vekt på at pasienten og boligen skulle observeres, da boligens tilstand bidrar til viktig informasjon om pasientens tilstand.

[REDACTED]

[REDACTED] Pasienten ringte også sine behandlere ved behov for bistand, noe som kunne medføre mer kontakt enn de [REDACTED] faste besøkene pr uke. Det er ikke dokumentert at det var utvidet kontakt med pasienten siste [REDACTED] månedene før [REDACTED], ut over det som var planlagt.

Pasientens tilstand ble beskrevet i journalen og rapportert/diskutert i teammøte etter hvert besøk, og det ble gjort løpende vurderinger av tiltak knyttet til beskrivelse av [REDACTED] tilstand.

#### *Opplysninger om [REDACTED]*

#### *Voldsriskovurderinger i [REDACTED]*

Voldsriskovurderingen med HCR-20 som ble gjort på [REDACTED] før overføring til [REDACTED] ble ikke revidert/oppdert etter overføring til [REDACTED] og heller ikke etter [REDACTED]. Det ble gjort risikovurderinger i forbindelse med statusrapporter men ikke strukturerte voldsriskovurderinger. Det ble i siste statusrapporten i [REDACTED] vurdert at [REDACTED]

[REDACTED]

#### *Opplysninger om [REDACTED]*

I sin tilbakemelding til foreløpig rapport har virksomheten opplyst at [REDACTED] ikke var kjent med [REDACTED] i måneden [REDACTED] og om at bomiljøet [REDACTED]. Dette samsvarer imidlertid ikke med opplysningene fra journal og fra pårørende.

Pårørende opplyste om at [REDACTED] der [REDACTED] var innkalt, men ikke til stede. Det er ikke klart for Statens helsetilsyn hvilken informasjon som eventuelt ble etterspurt/oversendt mellom [REDACTED] og kommunen etter møtet. Det finnes ikke opplysninger om dette i journalen.

#### *Vurdering av sikkerhet for ansatte og pasientens nære omgivelser*

[REDACTED]

Det er ikke kjent om det ble gjort en vurdering av om de ansatte i kommunen hadde behov for informasjon og veiledning i møte med pasienten, for eksempel [REDACTED]. I samtaler ved det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at [REDACTED] hadde erfaring med at informasjon til kommunen om voldsrisiko tidligere hadde blitt misforstått. Det hadde derfor utviklet seg en holdning om at deling av informasjon virket mot sin hensikt, og at slik informasjon derfor ikke skulle deles. De ansatte i [REDACTED] valgte derfor ofte selv å utføre oppgaver som ellers kunne vært overlatt til kommunen, blant annet fordi de ansatte i kommunal hjemmetjeneste og hjemmesykepleien ofte var unge og uerfarne. Det ble blant annet besluttet at ansatte fra [REDACTED] selv skulle ha oppgaven med gjennomføring av [REDACTED] fordi dette ble vurdert som situasjoner hvor det kunne oppstå behov for grensesettinger, og med det økt risiko for vold.

Vi har ikke funnet at det ble gjort konkrete vurderinger av sikkerhetsmessige tiltak ovenfor pårørende og naboer til pasienten, for eksempel i form av sikringstiltak [REDACTED].

#### *Samarbeid med eksterne aktører*

Under forløpet på [REDACTED] før overføring til [REDACTED], ble det journalført at det skulle opprettes ansvarsgruppe og at politiet skulle kontaktes for samarbeid, uten at dette ble iverksatt i det videre forløpet. Plan for behandling og oppfølging skulle spesifiseres i behandlingsplan og ukeplan, og evalueres kontinuerlig.

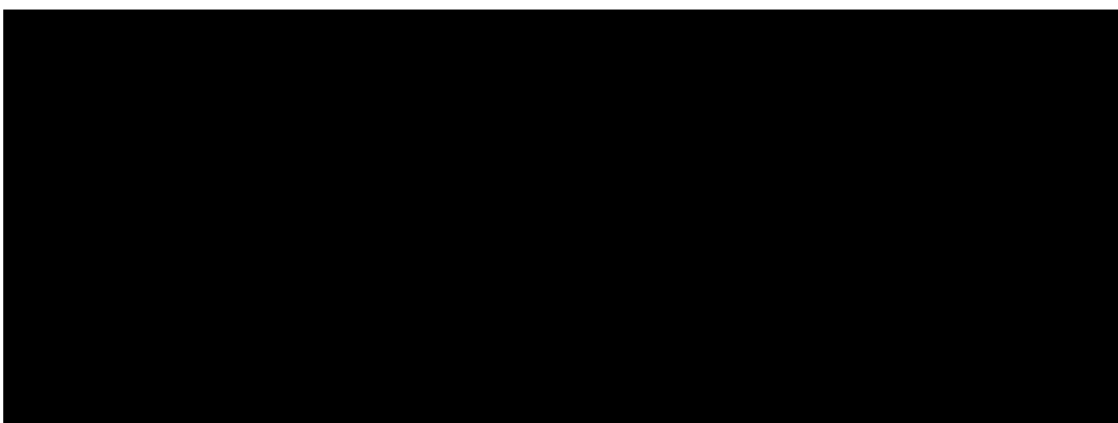
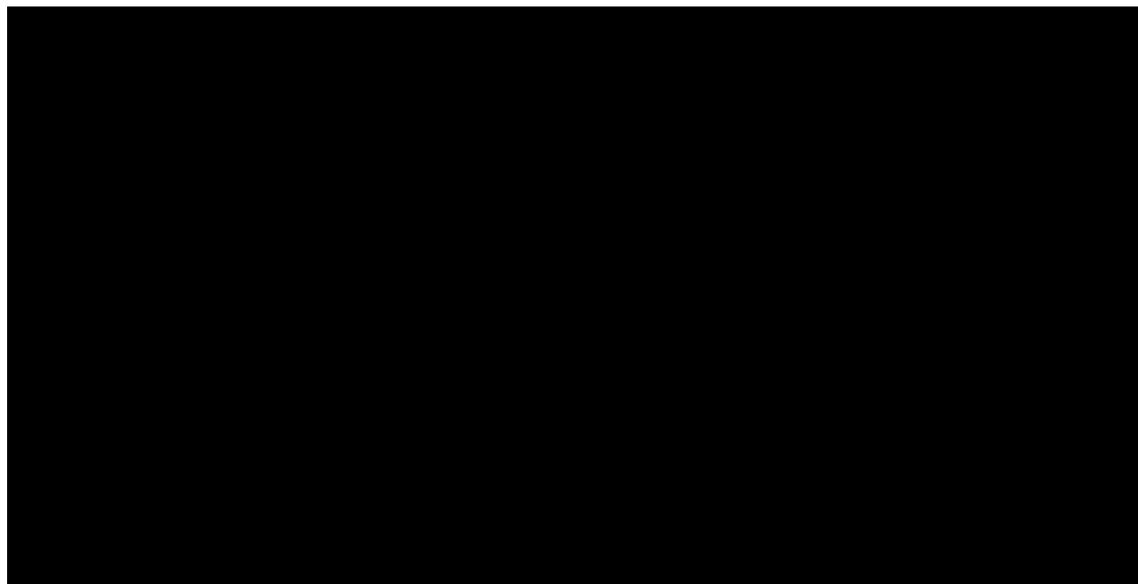
Det ble i samarbeid med pasienten laget et utkast til en brukerstyrt kriseplan der det fremgikk hva pasienten selv kunne gjøre hvis [REDACTED] fikk det vanskelig. Det ble utarbeidet håndskrevne utkast til kriseplaner for pasienten [REDACTED] og [REDACTED]. Felles for disse var at det ble tillagt pasienten ansvar for selv å kontakte/varsele hjelpeapparatet ved forverring og stress. Det fremgår i liten grad opplysninger og føringer om hva som skulle observeres fra de ansattes side, eller hvilke tiltak som skulle iverksettes fra hjelpeapparatets side, for eksempel ved [REDACTED]. I det videre [REDACTED] forløpet ble det ikke laget noen egen risikohåndteringsplan som ble delt med andre aktører, og det ble ikke opprettet ansvarsgruppe eller tatt kontakt med politi for samarbeid slik det opprinnelig var bestemt i forbindelse med utskrivelse til [REDACTED].

Vi er ikke kjent med at statsadvokaten hadde noen kritiske bemerkninger til rammene og tiltakene for å ivareta samfunnsvernet som ble gjort i

behandlingsforløpet. Det er journalført av den faglige ansvarlige på [REDACTED] at det, i samtale med statsadvokaten, ikke ble stilt spesielle krav til boligen som det skulle søkes om, noe som ble videreformidlet til kommunen da de etterspurte dette.

Det er ikke dokumentert i journal at det har vært kontakt mellom virksomheten og politiet/påtalemyndigheten i forbindelse med [REDACTED] [REDACTED] utover de årlige statusrapportene til påtalemakten. Videre er det ikke dokumentert at statsadvokaten ble orientert om de vedvarende bekymring for boforholdene, eller at pasienten i [REDACTED] fikk avslag på bytte av bolig for tredje gang.

I forbindelse med oppholdet på [REDACTED] før utskrivelse til [REDACTED] var det planlagt kontakt med politiet fra virksomhetens side om videre samarbeid om pasienten. Det fremkommer ikke i journalen at dette ble gjennomført.



Under det stedlige tilsynet ble det opplyst at ansatte i [REDACTED] som skulle følge opp pasienten ikke var involvert [REDACTED] og at de først ble involvert etter at pasienten [REDACTED]. Deres opplevelse var at pasienten [REDACTED] for [REDACTED] hadde sikret oppfølging av pasienten. Takket være hektisk planlegging fikk [REDACTED] gjennomført hjemmebesøk hos pasienten dagen etter [REDACTED].

*Oppfølgingen etter*

Etter

*Samarbeid og oppfølging av pårørende*

Det er dokumentert løpende samarbeid med pårørende gjennom hele forløpet.

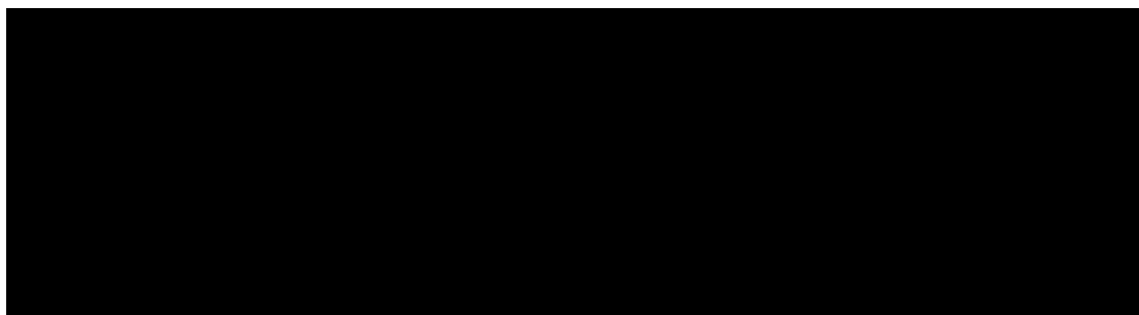
Det fremgår av journal at [redacted], tidlig

meldte bekymring for bosituasjonen til pasienten, og at manglende

[redacted] kunne medføre

at [redacted]

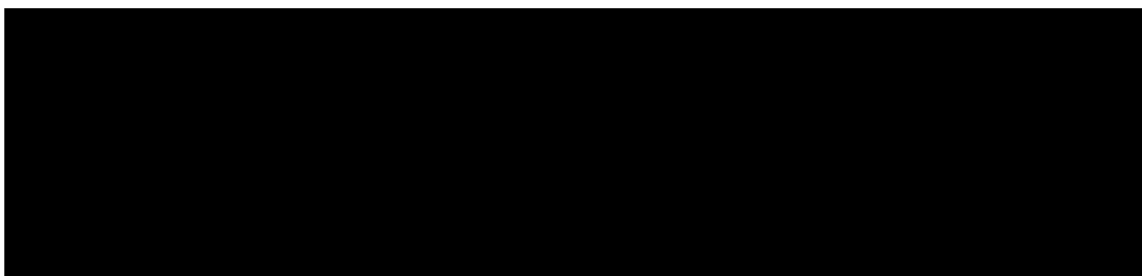
Det er journalført at pårørende får kopi av utfylt kriseplan på [redacted] i [redacted] «levert til pasienten».



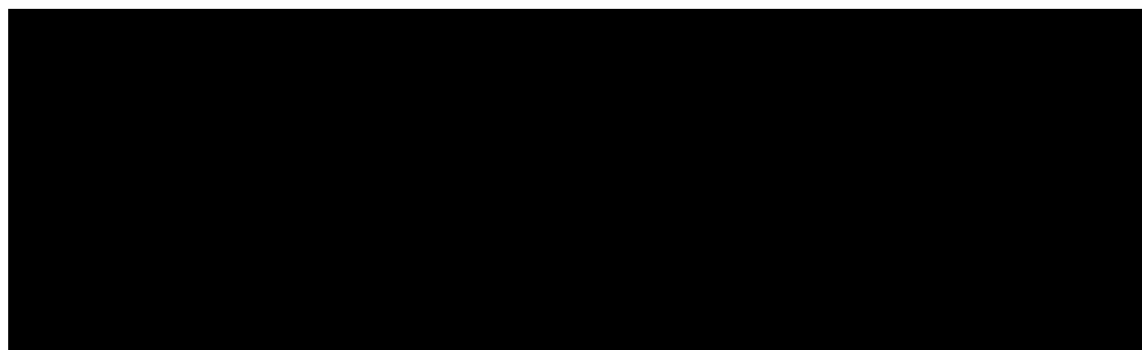
Behandleren i [redacted] kontaktet pasientens pårørende første virkedag etter hendelsen. Behandleren hadde videre dialog med [redacted] i tiden etter hendelsen og bisto blant annet med etablering av kontakt med psykiatrisk sykepleietjeneste i [redacted] hjemkommune.

## 6. Opplysninger fra pårørende

Ved det stedlige tilsynet ble det gjennomført en samtale med pasientens pårørende,



Pårørende opplevde å bli tillagt for mye ansvar, [redacted]. Det var vanskelig å komme igjennom med bekymringsmeldinger i tiden før og etter [redacted]. Pårørende mener det er flere forhold [redacted] og situasjonen rundt pasienten som burde vært fanget opp av de ansatte i [redacted] og at tiltak skulle vært satt inn. [redacted]



## 7. Virksomhetens interne gjennomgang etter hendelsen

Den alvorlige hendelsen ble tatt opp med de ansatte og det ble iverksatt en større systematisk gjennomgang. [REDACTED]

[REDACTED] De ansatte er ivaretatt av ledelsen, blant annet ved at det straks etter hendelsen ble etablert debriefteam og det er gjennomført flere tverrfaglige samtaler i teamet.

Dette var første gang virksomheten har opplevd at en pasient med overføring til tvungent psykisk helsevern var involvert i [REDACTED] under gjennomføring av dommen. Det ble blant annet igangsatt arbeid med å identifisere på system-nivå hvilke forbedringstiltak som skal implementeres, etablere og revidere, rutiner og prosedyrer, planlegge og gjennomføre en handlingsplan for forbedringsarbeidet.

Det ble gjennomført en forenklet hendelsesanalyse som ble ferdigstilt [REDACTED].

## 8. Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om [REDACTED] HF sørger for at særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav, og slik at samfunnsvernet ivaretas og pasienter får forsvarlige tjenester. Vi har også vurdert om virksomheten sikret pasienter og pårørendes rett til informasjon og medvirkning.

Vi har kommet til at [REDACTED] HF ikke sikret en forsvarlig organisering når det gjelder oppfølging og behandling av pasienter med tidsubestemt særreaksjon under lov om tvungent psykisk helsevern. Tjenestene var ved dette heller ikke tilrettelagt slik at helsepersonell i [REDACTED] kunne utføre sitt arbeid i samsvar med lovbestemte krav. Vi har også kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig oppfølging og behandling som følge av disse forholdene. Flere sentrale forhold og vurderingstema for forsvarlig oppfølging og behandling er ikke nedfelt i pasientens journal, det er ikke i samsvar med krav til dokumentering av helsetjenesten.

Det foreligger etter dette brudd på psykisk helsevernloven §§ 5-2 og 5-3, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a, helsepersonelloven §§ 4, 16, 39 og 40, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9 og journalføringsforskriften §§ 4-7.

Vi har også kommet til at virksomheten ikke sikret pårørendes rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester og rett til informasjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2.

Nedenfor følger våre vurderinger til grunn for denne konklusjonen, knyttet til:

- Virksomhetens tilrettelegging for forsvarlig oppfølging av pasienter med særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern
- Oppfølgingen og helsehjelpen til pasienten
- Videre tilsynsmessig oppfølging av saken

### **8.1 Virksomhetens tilrettelegging**

Under dette punktet gjennomgås både virksomhetens tilrettelegging for ivaretagelse av samfunnsvernet og gjennomføringen av pasientbehandling.

Statens helsetilsyn har kommet til at virksomheten ikke har lagt til rette for ivaretagelse av samfunnsvernet og forsvarlig pasientforløp for personer dømt til overføring på tvungent psykisk helsevern. Før hendelsen fulgte ikke ledelsen ved virksomheten med på om praktiseringen var i tråd med regelverket, og som følge av denne mangelen ved intern kvalitetskontroll, ble det ikke satt inn nødvendige korrigerende tiltak underveis. Det ble ikke samhandlet i tilstrekkelig grad verken internt i virksomheten, eller med relevante samhandlende aktører, pårørende inkludert.

Det manglet skriftlige prosedyrer for tilrettelegging og gjennomføringen av særreaksjonen, og det er avdekket at praksis i virksomheten ikke var i samsvar med myndighetskravene. Virksomhetens ledelse har ved dette heller ikke tilrettelagt tjenesten slik at helsepersonell som blir satt til å gjennomføre det tvungne vernet, kan utføre sitt arbeid i samsvar med lovkrav for vernet og kravet til faglig forsvarlighet.

Det foreligger brudd på psykisk helsevernloven §§ 5-2 og 5-3, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a, helsepersonelloven §§ 4, 16, 39 og 40, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9 og journalføringsforskriften §§ 4-7.

For denne konklusjonen har vi lagt følgende til grunn:

#### *Kompetanse og rolleforståelse*

Virksomheten må sikre at den enkelte ansatte og behandler som involveres i gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern har den nødvendige kompetansen. Vi har kommet til at virksomheten ikke sikret at involvert helsepersonell hadde tilstrekkelig faglig kompetanse eller rolleforståelse knyttet til ansvaret for oppfølgingen av pasienter med dom på overføring på tvungent psykisk helsevern. Dette er klart i strid med virksomhetens plikt til å sikre forsvarlig gjennomføring på området, jf. blant annet forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 bokstav b hvor ledelsens ansvar for nødvendig kunnskap og kompetanse er fremhevet. Vi vil særlig peke på at pasienter som er dømt til tidsubestemt



særreaksjon representerer en spesiell utfordring for hjelpeapparatet fordi hensynet til å verne samfunnet mot vold fra pasienter med psykisk sykdom, vil kunne komme i konflikt med det vanlige fokuset på pasientens autonomi, rehabilitering og recoverybasert tilnærming.

Det manglet oversikt over faglig kompetanse hos de ansatte. Det var erkjent at det var behov for opplæring av alle ansatte i knyttet til voldrisiko og [REDACTED], men denne opplæringen hadde ikke kommet i gang på tidspunkt for den alvorlige hendelsen. Statens helsetilsyn vurderer at [REDACTED] ikke hadde helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse innen risikovurderinger og sikkerhetspsykiatri. I den grad det fantes vold- og [REDACTED] kompetanse i teamet ble det ikke sikret at slik kompetanse ble benyttet i de løpende vurderingene av risiko og tiltak.

I en sentral del av forløpet var den faglige ansvarlige for det tvungne psykiske helsevernet som var gitt ansvaret, uten tidligere erfaring med å følge opp denne pasientgruppen. Det ble i denne sammenheng ikke ble sikret veiledning av mer erfaren spesialist.

Samlet sett synes det i liten grad som om ledelsen hadde identifisert risiko forbundet med manglende fagkompetanse, og heller da ikke hadde planlagt for hvordan slik risiko kunne minimaliseres. Dette er ikke i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, jf. § 6 bokstavene d og e

#### *Svikt i informasjonsflyten og samhandlingen om pasienten.*

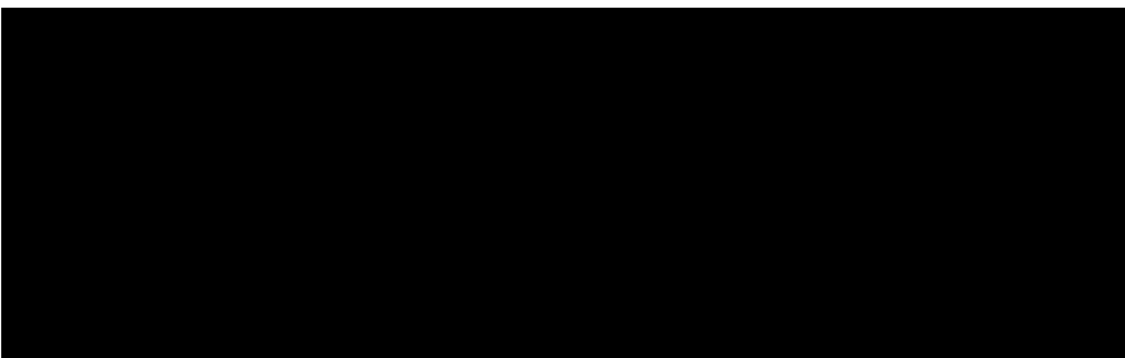
Det er også avdekket alvorlig svikt i informasjonsflyten og samhandlingen om pasienten. Vi legger til grunn og vektlegger at dom på overføring på tvungent psykisk helsevern er et område der behovet for samhandling er særlig relevant, og hvor rett balanse mellom taushetsplikt, opplysningsrett og -plikt er kritisk for å ivareta samfunnsvernet.

Kritisk informasjon om pasientens voldshistorie, premisser for dommen og løpende risikovurdering ble ikke delt med sentrale aktører, som boligkontor og kommune, med påfølgende svikt i ivaretagelsen av samfunnsvernet. Konsekvensen av disse forholdene ble at bosettingen av pasienten og den løpende oppfølgingen ikke ble forsvarlig, noe som bidro til vedvarende høy risiko for vold og nye straffbare handlinger. Svikten er gjennomgående i forløpet.

Videre ble ikke flyt av kritisk informasjon om voldsrisiko og forebyggende tiltak sikret, eksempelvis i form av en delt risikohåndteringsplan. Dette verken internt i helseforetaket eller ved samhandling med andre aktører. Det var tatt i bruk en brukerorientert mal for kriseplan, som var laget for pasienter i ordinære behandlingsforløp. Dette er verktøy som er anbefalt når pasienter behandles frivillig, og er en anbefalt metode for eksempel ved psykoser og bipolare lidelser, men som forutsetter at pasienten aktivt samarbeider og samtykker til sin kriseplan. Det forelå imidlertid ikke maler eller retningslinjer for bruk av risikohåndteringsplaner som var utarbeidet med tanke på sikring av samfunnsvernet.

Sentrale faktorer og vurderinger om håndteringen og tilretteleggingen, herunder begrunnelse for de vurderinger som ble gjort, fremkommer ikke av pasientens journal. Dette er ikke i samsvar med gjeldende krav til journalføring. Vi vil peke på at dokumentasjonsplikten henger sammen med forsvarlighetskravet, både ved at det skal være mulig å ettergå hva som er vurdert og gjort ved etterfølgende kontroll, og at involvert ansvarlig personell skal få en helhetlig oversikt for å kunne ivareta samfunnsvernet og pasientens behov.

Gjennomgangen av saken har også avdekket at det manglet rutiner som kunne sikret at ansatte i somatisk spesialisthelsetjeneste eller kommunal legevakt fikk kritisk informasjon/varsel om at pasienten hadde dom på overføring på tvungent psykisk helsevern ved akuttinnleggelser, og at faglig ansvarlig skulle kontaktes.



#### *Manglende rutiner*

Ett virkemiddel for å kunne styre praksis i ønsket retning, er gjennom skriftlige retningslinjer. Virksomheten manglet imidlertid prosedyrer som ga veiledning om de særlige vurderinger og hensyn som vil kunne være aktuelle for personer med dom på overføring til tvungent helsevern: Dette både opp mot ivaretagelsen av samfunnsvernet og hensynet til kravet om forsvarlig behandling.

Gjennomgangen har vist at de prosedyrer og rutiner som ble anvendt i virksomheten, var for oppfølging og behandling av pasienter under frivillig innleggelse i psykisk helsevern, eller for pasienter med ordinære tvangsvedtak. Dette ga ikke tilstrekkelig veiledning eller beslutningsstøtte for de ansatte ved håndteringen av pasientgruppen «pasienter på dom».

Vi vil også peke på at måten gjeldende prosedyrer i virksomhet var gjort tilgjengelig i det elektroniske kvalitetssystemet, var egnet til misforståelser og usikkerhet hos de som skulle dra nytte av disse. Dette blant annet fordi prosedyrer gjeldende for [redacted] var kategorisert under andre avdelinger i virksomheten, noe som svekket det enkelte helsepersonells mulighet til å orientere seg. Det er et ledelsesansvar å sikre at gjeldende prosedyrer er kjent, forstått og etterlevd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 3 og følgende.

#### *Uklare oppgave- og ansvarsforhold ved overflytting av pasienter*

Saken har avdekket at det var uklare oppgave- og ansvarsforhold ved overflytting av pasienter med dom på overføring på tvungent psykisk helsevern i virksomheten. Dette eksempelvis knyttet til hvilket behandlingsnivå som har ansvaret for å

gjennomføre første inngående voldsrisikovurdering. Etter vår vurdering var den valgte organiseringen og planleggingen ikke egnet til å sikre et forsvarlig mottak og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

Det forelå ikke en overordnet plan for plassering/behandlingsnivå av pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, med bakgrunn i opplysninger om pasienten, og relevante straffbare forhold. Ansvar for voldsrisikovurdering ble overlatt til et nivå som ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på sikkerhetspsykiatriske vurderinger. Svikten gjelder ikke kun enkeltpersonells involvering, men fremstår gjennomgående i virksomheten.

## **8.2 Oppfølgingen og helsehjelpen til pasienten**

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig oppfølging og behandling ved [REDAKTERT] Pasientens pårørende, [REDAKTERT] fikk ikke nødvendig informasjon og ble på grunn av manglende involvering og samarbeid forhindret fra å kunne medvirke i samsvar med lovbestemte krav.

Det foreligger brudd på psykisk helsevernloven om krav til tilrettelegging og oppfølging av pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven kapittel 5 og kravet til forsvarlige helsetjenester i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det foreligger også brudd på pårørendes rett til medvirkning og informasjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2.

For denne konklusjonen har vi lagt følgende til grunn knyttet til

- Ivaretagelsen av samfunnsvernet
- Helsehjelpen til pasienten
- Medvirkning og informasjon til pårørende

### **8.2.1 Ivaretagelsen av samfunnsvernet**

Den valgte organiseringen og planleggingen var ikke egnet til å sikre et forsvarlig mottak og gjennomføring av dom på overføring på tvungent psykisk helsevern for pasienten.

Om de ulike trinn i oppfølgingen av vernet legger vi til grunn følgende for vår konklusjon:

#### *Risikovurderinger*

God faglig praksis ved utredning av risiko for vold når pasienten er dømt til behandling, er å gi en mest mulig utfyllende og kronologisk oversikt over pasientens volds- og trusselhistorikk med særlig vekt på opplysninger om voldsutøvelsen ved forholdene pasienten er domfelt for. Grunnlaget for dom på overføring til tvungent psykisk helsevern både initialt og underveis ble imidlertid tillagt liten vekt i risikovurderingen. Dette er verken i samsvar med lovbestemte krav eller forventinger til god faglig praksis. Dokumentasjon av relevante vurderinger er videre svært mangelfull i voldsrisikovurderingene i journalen.

Opplysninger [redacted] ble ikke inngående drøftet og risikovurdering av boforhold som er et vesentlig ledd i HCR-20 V3 ikke er vurdert. Pasienten ble overført til et lavere nivå, uten at risikoen ved denne overføringen ble tilfredsstillende kartlagt og vurdert. Ansvar for voldsrisikovurdering ble overlatt til et nivå og til personell uten nødvendig kompetanse. Det mangler en drøfting av hva slags bolig som var egnet for pasienten. Etter vår vurdering er det spesielt kritikkverdig at det ikke ble gjennomført en konkret risikovurdering av boforholdene, verken før eller etter at pasienten ble overført til [redacted]. Vi finner videre at det ikke ble vurdert og dokumentert hvilke forhold som tilsa at virksomheten skulle se bort fra de rettssakkyndiges vurdering om at pasienten burde plasseres i en bemannet bolig.

Løpende informasjon som skulle medført vurdering av skjerpede tiltak ble ikke forsvarlig håndtert. Dette medførte at både nødvendige og forsvarlige tiltak ikke ble iverksatt, eksempelvis [redacted]

Det er avdekket svikt i informasjonsflyten og samhandlingen om pasienten. Dette medførte samlet sett at bosettingen av pasienten og den løpende oppfølgingen, ikke sikret forsvarlig oppfølging av pasienten, noe som igjen medførte en for høy risiko for vold og nye straffbare handlinger.

#### *Kartlegging og overvåkning av varselsignaler for økende voldsrisiko*

Virksomheten hadde en plan for besøk hos pasienten for observasjon og oppfølging. Imidlertid ble det ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til det dynamiske aspektet ved voldsrisiko og potensialet for raske negative endringer, med det risikobildet som forelå.

Det ble iverksatt et opplegg med [redacted] som var egnet til å dokumentere [redacted] retrospektivt, samt ofte korte, ambulante tilsyn to til tre ganger pr uke. Den valgte tilnærmingen i [redacted] synes basert på at en negativ utvikling [redacted] kom til å skje langsomt. Med de etablerte rammene som forelå var det et potensial for betydelig endring av risikobildet i tidsrommene mellom planlagte tilsyn fra helsepersonell, uten at dette ville bli fanget opp i tide.

Det var heller ikke iverksatt tiltak eller mobilisert personalressurser i kommunen, som gjorde det mulig å fange opp situasjoner med alvorlig og nærliggende fare for vold utenom [redacted] sine åpningstider, og kun i mindre grad innenfor åpningstiden. Spesielt bemerker vi at det ikke var iverksatt noen form for tiltak eller mobilisert eksterne ressurser for å kunne fange opp [redacted]. Vi vil også bemerke at de faglige ansvarlige ikke benyttet muligheten til å informere og være i dialog med ansatte i hjemmesykepleien

som dro hjem til pasienten etter [redacted], om å varsle vakthavende lege eller politi ved observasjon av [redacted]. [redacted] anses som en høyrisikosituasjon, og kunne ha vært brudd på vilkårene for særreaksjonen.

Vi har ikke funnet at forvarsler knyttet til [redacted] ble tilstrekkelig kartlagt, og [redacted] mente ville øke risiko for vold. På bakgrunn av voldshistorien og premissene i dommen, skulle man forvente overvåkning [redacted] som et prioritert tiltak. Dette også med bakgrunn i [redacted]

Vi vurderer at de etablerte tiltakene ikke var tilstrekkelig egnet til å fange opp påregnelige endringer i pasientens tilstand, og at føre var prinsipp og prinsippet om tidlig intervensjon ved negative endringer ikke ble fulgt. Tiltakene vurderes derfor som mangelfulle og ikke forsvarlige.

#### *Progresjon i vernet og vilkårsbrudd*

Det var erkjent gjennom dommen at pasienten [redacted]

[redacted] Dette ble også rapportert til statsadvokaten.

Opplysninger om [redacted] kom frem gjennom [redacted] og ble understøttet av opplysninger fra pasienten selv, pårørende og observasjoner fra ansatte i [redacted]

Vi gjenfinner ikke at det er dokumentert vurderinger eller beslutninger knyttet til tydelige krav til pasienten, ved negativ progresjon og vilkårsbrudd. [redacted]

#### *Samarbeid og deling av kritisk informasjon med andre*

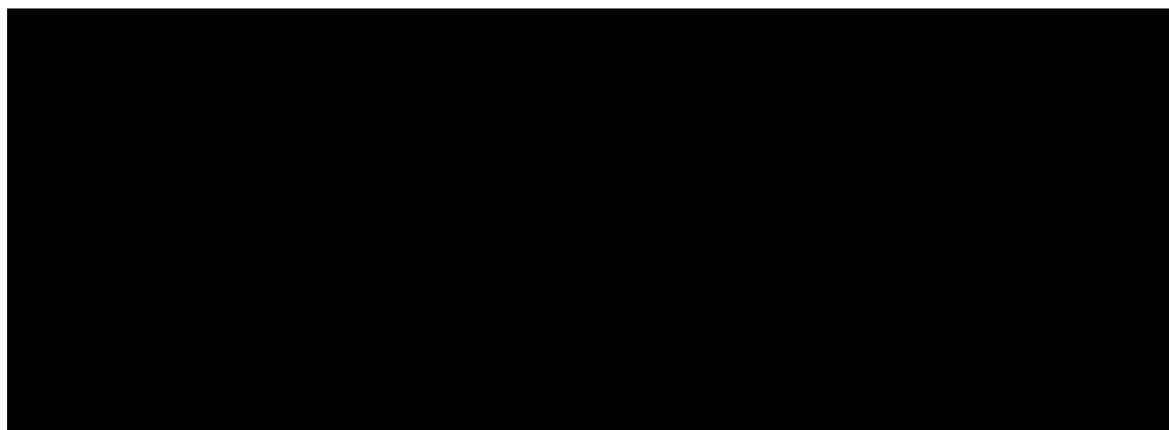
Det ligger en forutsetning til nært samarbeid med involverte instanser om tilrettelegging og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern både i lovverket og gjeldende faglige råd og retningslinjer. Vi vektlegger at det ikke er dokumentert eller delt med andre gjennomføring av en systematisk kartlegging og analyse av sannsynlige forvarsler om at risikoen for vold var økende, nedtegnet i en

skriftlig plan for håndtering av risiko. Vi vurderer at [REDACTED] ikke sikret nødvendig eller tilstrekkelig kommunikasjon og samarbeid om pasienten, blant annet med kommunen, politi/påtalemakt og pårørende.

Virksomheten har ikke sørget for å ha en felles og koordinert risikohåndteringsplan som også dekket tidsperioder utenom åpningstidene til [REDACTED]. Planen, slik den fremgår av de utkast som er forelagt oss, var mangelfull. Det ble ikke utarbeidet en tydelig og konkret plan som beskrev hva hjelpeapparatet skulle gjøre hvis pasienten [REDACTED]

Utkastet til risikohåndteringsplan, i [REDACTED] kalt kriseplan, var hovedsakelig formulert som pasientens plan med fokus på hva [REDACTED] selv skulle gjøre ved kriser og ikke egnet til formålet. I praksis innebar tilnærmingen til krisehåndtering at mye av fokuset og ansvaret for risikohåndteringen ble flyttet fra hjelpeapparatet og over til pasienten. Dette vurderer vi som en for brukerstyrt tilnærming som kom i konflikt med grunnleggende premisser og formål med det tvungne psykiske helsevernet. Utkastet til kriseplanen var ikke egnet som en koordinert og tjenestestyrt plan for samfunnsvernet.

Det ble ikke opprettet en ansvarsgruppe eller fast samarbeidsgruppe slik Helsedirektoratet gjennom de nasjonale anbefalingene tilråder, og som det ble besluttet i plan for utskrivelse til [REDACTED]. Det er ikke dokumentert at virksomheten sikret at de relevante opplysningene de satt med, og som tilsa at risiko for nye straffbare handlinger var tilstede, ble videreformidlet til samarbeidende instanser. Den manglende samhandlingen medførte at både virksomheten og eksterne samarbeidspartnere fikk et mangelfullt bilde av pasientens fungering og risiko for vold, og den økte risikoen for nye alvorlige straffbare handlinger.



#### *Kommunikasjon og samarbeid om bolig*

Når det gjelder samarbeid med kommunen om bolig, ble det flere ganger tatt kontakt og gjennomført møter om søknad om bolig/bytte av bolig. Kommunen var kjent med at [REDACTED]

[REDACTED] i [REDACTED]. I all dokumentert kommunikasjon mellom de ansvarlige i [REDACTED]

[redacted] og [redacted] i kommunen om tildeling og bytte av bolig, ser vi at hensynet til samfunnsvernet ble underkommunisert fra [redacted], og ikke vektlagt i tildeling og avslag. Da kommunen etterspurte om det var behov for tiltak [redacted] har vi ikke funnet dokumentert at dette ble besvart av [redacted]. Dette vurderer vi som mangler ved kommunikasjon og samhandling om samfunnsvernet, som ikke ble rettet opp under tiden pasienten ble fulgt opp av [redacted].

Da søknaden ble avslått for tredje gang forelå det en boligsituasjon som ikke var akseptabel med tanke på samfunnsvernet. I en slik situasjon skulle man forventet at de ansvarlige i [redacted] opprettet dialog med rette ansvarlige i kommunen for å løse problemet, og om nødvendig løftet saken opp på ledernivå. Dette ble ikke gjort. Konsekvensen ble at en ikke forsvarlig boligsituasjon ble opprettholdt, og at pasienten ble utsatt for en vedvarende eksponering av stress og potensielt voldsfremmende faktorer.

#### *Samarbeid med lokalt politi*

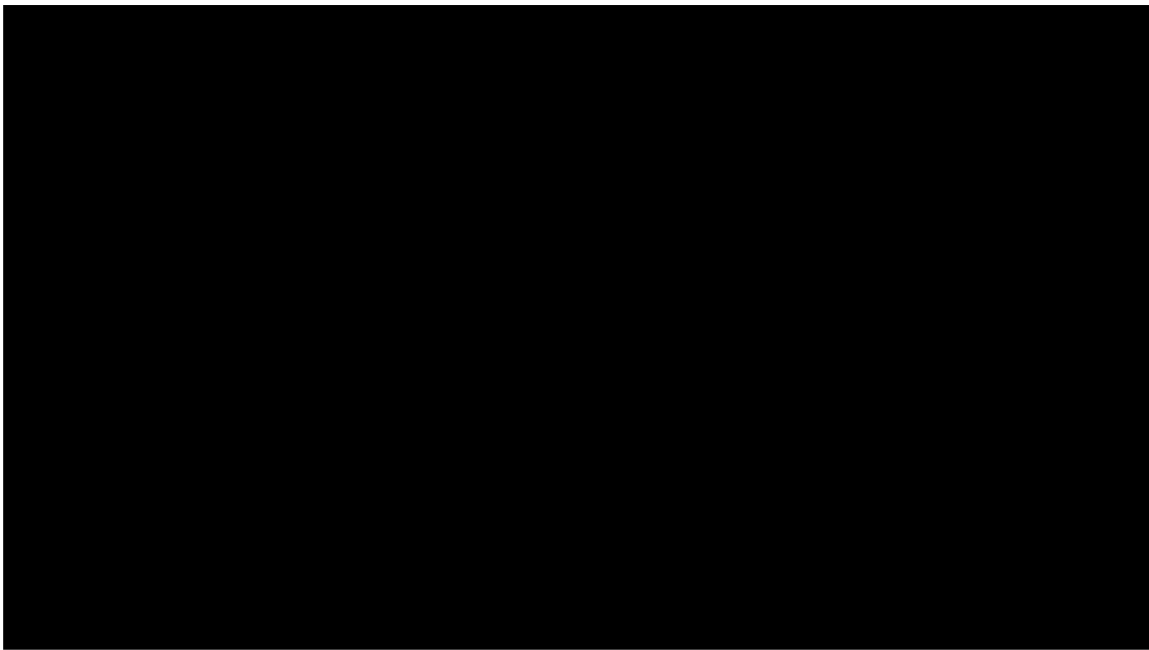
Før utskrivelsen til [redacted] ble det journalført av den faglige ansvarlige at politiet skulle kontaktes for videre samarbeid. Politiet kunne således blitt kjent med hvem som hadde behandlingsansvar, hvem de kunne kontakte ved bekymring for pasientens tilstand, og hvor pasienten skulle innlegges ved kriser. Statens helsetilsyn vurderer at politiet kunne vært en ressurs i et formalisert samarbeid fordi pasienten var bosatt i et kommunalt nabolag [redacted]. Årsaken til at et slikt samarbeid med politiet ikke ble etablert, er ikke begrunnet i journalen, men dette kan ha sammenheng med manglende rutiner for slikt samarbeid. Dette anser vi som en vesentlig svikt i oppfølgingen av planen som ble utarbeidet ved utskrivelse til [redacted].

#### *Ivaretagelse og beskyttelse av personer rundt pasienten*

En sentral del av samhandlingen om risikohåndtering er å vurdere hvilke sannsynlige risikosituasjoner som kan forekomme i fremtiden. Gjennomgangen har vist at opplysninger som tilsa at det kunne foreligge risiko for nye straffbare handlinger/vold, i svært liten grad ble formidlet til andre utenfor [redacted]. Eksempelvis stilte ansatte fra [redacted] sikkerhetsmessige grunner alltid med to ved besøk i hjemmet, uten at dette ble videreformidlet verken til ansatte i kommunen som dro hjem til pasienten [redacted], eller pårørende.

[redacted]

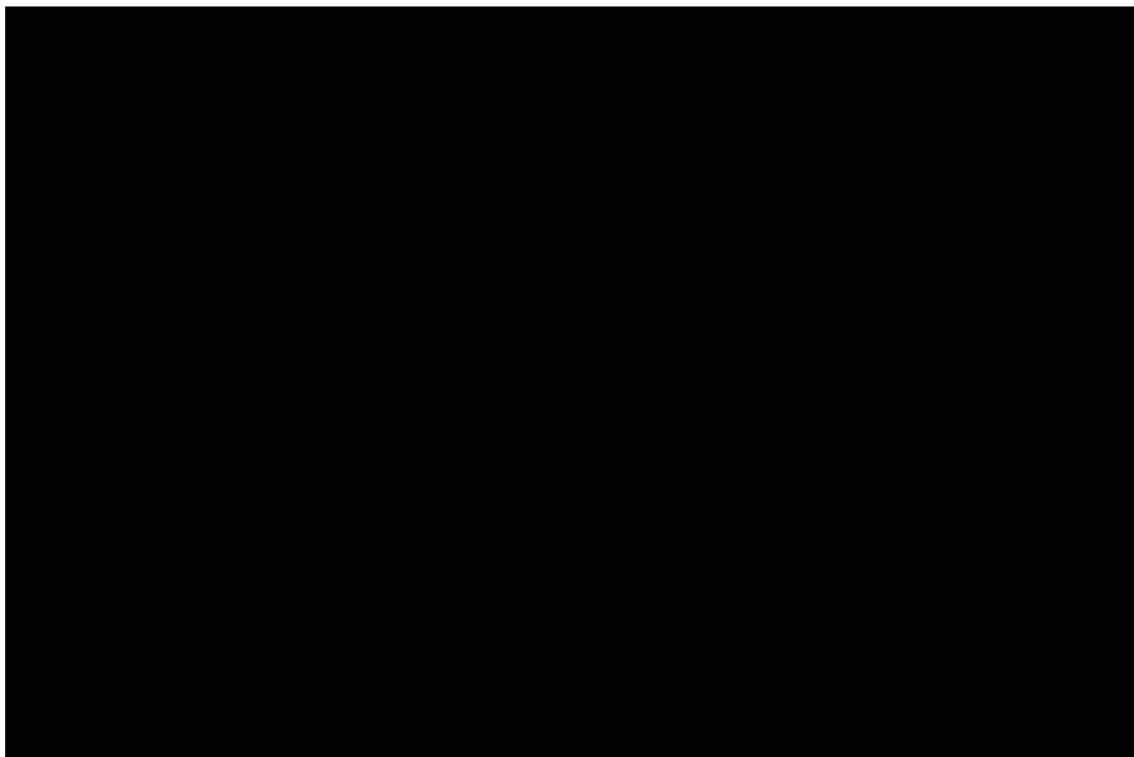
[redacted]



### *8.2.2 Pasientbehandlingen*

Vi har kommet til at helsehjelpen som ble gitt ikke var i tråd med god faglig praksis, blant annet gjelder dette behandlingen og oppfølgingen av [redacted] og ved forverringen av pasientens [redacted] forut for den alvorlige hendelsen. Avvikene fra god faglig praksis er så store at vi har kommet til at helsehjelpen som ble gitt samlet sett var uforsvarlig.

Vi legger følgende til grunn for vår konklusjon:





[REDACTED] I statusrapport fra [REDACTED] til statsadvokaten er det beskrevet at det vil være mer fokus på [REDACTED], og potensielle konsekvenser det vil ha for videre dom. Vi kan ikke finne det dokumentert på hvilken måte dette ble etterlevd i praksis. Til tross for at [REDACTED] var erkjent, forelå det før [REDACTED] ingen tydelig plan eller tiltak som var egnet til å stoppe en negativ utvikling.

#### *Revisjon av voldsrisikovurderinger*

Faglig ansvarlig hadde nedtegnet at en negativ utvikling burde utløse en revurdering av HCR-20 V3, uten at dette ble spesifisert nærmere. Vi har ikke funnet at det ble gjennomført en evaluering/oppdatering av HCR-20 V3 verken i forbindelse med den pasientens eskalerende [REDACTED] eller i etterkant av [REDACTED]. Dette er i strid med føringene som ble lagt før utskrivelsen til [REDACTED]. Videre er det i strid med god praksis. Det må forventes at HCR-20 V3 revideres/oppdateres etter visse forhåndsbestemte kriterier og vesentlige endringer i pasientens situasjon (som ved bytte av behandlingsnivå), samt ved endringer i pasientens voldshistorikk, som etter nye hendelser med trusler og vold eller atferd som utgjør alvorlig fare for andre.

Vi har avdekket at det ikke ble skrevet avviksmelding eller gjennomført en grundig intern gjennomgang/evaluering etter [REDACTED]. Statens helsetilsyn legger til grunn at planlegging og gjennomføring av denne type særreaksjon er et kritisk viktig samfunnsoppdrag hvor det forventes lav terskel for å skrive avviksmeldinger etter alvorlige uønskede hendelser som har relevans for samfunnsvernet, og håndtere disse med tanke på forbedring av pasientsikkerheten/samfunnsvernet. Etter vår vurdering var [REDACTED] og forholdene rundt denne så alvorlig, at det oppsto et behov for en umiddelbar grundig gjennomgang av hendelsesforløpet, og en revurdering av behandlingsnivå og rammer for særreaksjonen. Disse manglene vurderer vi som et brudd på virksomhetens plikt til å evaluere, og om nødvendig korrigere helsetjenestene.

#### *8.2.3 Medvirkning og informasjon til pårørende*

Vi har også kommet til at virksomheten ikke sikret pårørendes rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester og rett til informasjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2.

Statens helsetilsyn legger til grunn at når pasienter er overført til tvungent psykisk helsevern etter dom, bør informasjon fra de som kjenner pasienten best utenfor sykehuset innhentes og tillegges vekt. Prinsippet om samfunnsvernet skal vektlegges foran pasientens medbestemmelse og autonomi, og dette gjelder også i oppfølging og samarbeid med pårørende. [REDACTED]

Pasientens nærmeste pårørende [REDACTED] kom med en rekke bekymringsmeldinger om boforhold og forverring av [REDACTED]

Pårørende fikk svært mangelfull informasjon etter utskrivelsen fra døgnenheten etter [REDACTED]. Dette til tross for [REDACTED]. Det er ikke opplysninger i saken om at risiko er drøftet med pårørende. Pårørende fikk videre mangelfull informasjon om hvilke varselsignaler som skulle utløse tiltak og hvem som kunne kontaktes ved behov utenom [REDACTED] sin åpningstid. Det er journalført at pårørende skulle få en kopi av den utfylte kriseplanen «levert til pasienten». Pårørende sier [REDACTED] ikke har fått kopi av denne planen, noe som tyder på at det ikke ble kvalitetssikret at planen faktisk ble overlevert. Dette er ikke i samsvar med egne rutiner eller god faglig praksis.

Planen, slik den fremgår av de utkast som er forelagt oss, var uansett mangelfull og til lite hjelp for pårørende slik den var utformet. Vi stiller oss i den forbindelse kritiske til en praksis [REDACTED]

Samlet sett mener vi at oppfølgingen av pårørende underveis i forløpet verken var i samsvar med god faglig praksis eller godt nok egnet til å skape god samhandling om pasienten.

### **8.3 Videre tilsynsmessig oppfølging**

Enhver som yter helsetjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Det kreves at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for å redusere fremtidig risiko for tilsvarende hendelser. Denne prosessen innebærer å avdekke og dokumentere områder med risiko, utvikle risikoreduserende tiltak, teste dem ut og iverksette de tiltakene som viser seg å være effektive.

HF igangsatte et forbedringsarbeid etter den alvorlige hendelsen, og det er utarbeidet en handlingsplan for gjennomføring av forbedringsarbeidet. Ledere, fagpersonell og vedtaksansvarlige er og har vært involvert i dette. Effekt- og resultatmål fra dette er knyttet opp mot et forbedret system for gjennomføring av dom til behandling. Prosessmålene har omhandlet involvering i klinikken på tvers, ledelse, behandlere og fagrådgivere i stab til klinikk. I sin tilbakemelding til den foreløpige rapporten er det redegjort for at det har vært utstrakt kontakt med pasientens pårørende for å gi informasjon og ivareta etter den alvorlige hendelsen.

Det er pågår en organisatorisk endring som skal medføre en samling av de fagfolkene som jobber med alvorlig syke pasienter som overføres mellom ulike omsorgsnivå. Hensikten med organiseringen er å få en samlet oversikt over dømte i psykisk helsevern, og oppfølgingen de får.

Det er utarbeidet klinikkovergripende prosedyre for gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, som skal sikre ivaretagelse av samfunnsvernet og rett gjennomføring. Vi viser for øvrig til virksomhetens tilbakemelding på den foreløpige rapporten for beskrivelse av nye prosedyrer knyttet til kartlegging og vurdering av voldsrisiko, organisering av vedtaksfunksjon og utskrivning av pasienter. Det planlegges utarbeidet og innført ytterligere rutiner, blant annet knyttet til bosetting utenfor institusjon og sikring av egnet bolig i samarbeid med kommunen. Det er videre innført rutiner for systematisk gjennomgang og kvalitetskontroll av årsrapporter, behandlingsplaner og risikohåndteringsplaner vedr. evaluering av tilstrekkelig beskyttelse av samfunnet. Ansatte har gjennomført opplæring i ulike verktøy for vurdering av voldsrisiko (HCR20/VIVO, VRISK, BVC og START).

Det er foreslått å utarbeide lokale samarbeidsrutiner med politiet og kommunen. HF har planlagt «workshops» i løpet av forhold til å sikre tilstrekkelig kompetanse.

Helseforetaket ved klinikkssjefer har planlagt å gjennomføre månedlige stikkprøver i journal på pasienter med dom på overføring til tvungent helsevern for å evaluere tiltakene, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det er planlagt en evaluering etter 6 og 12 mnd. for å vurdere effekt av tiltak og stikkprøver fra journal.

Statens helsetilsyn vurderer at de tiltak som er iverksatt og/eller planlagt satt i verk vil kunne bidra til å redusere risiko for at tilsvarende svikt skjer igjen ved oppfølging av og behandling av pasient med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Det er imidlertid i liten grad redegjort for at ledelsen har evaluert effekt av tiltak, opp mot den avdekkede svikten. Vi vektlegger at gjennomgangen av saken har avdekket svikt i ulike ledd i håndteringen og tilretteleggingen, spesielt knyttet til informasjonsutveksling og samhandling. Det vil være vesentlig for kvaliteten og pasientsikkerheten, at virksomheten for fremtiden sikrer at vurderinger skjer med helhetlig bilde av situasjonen, og sikrer nødvendig medvirkning og samhandling. Saken gjelder et område der svikt kan ha alvorlige konsekvenser både for pasienter og andre, noe utfallet i denne saken understreker.

Vi har derfor kommet til at det er nødvendig med ytterligere tilsynsmessig oppfølging av saken, og da først og fremst med tanke på å sikre at iverksatte og planlagte tiltak har den ønskede effekten i tjenesten. Statens helsetilsyn ber om at rapporten gjøres kjent for de involverte.

Vi ber om at virksomhetens ledelse gjennomgår rapporten med tanke på om det vil være nødvendig med ytterligere tiltak enn de som er beskrevet i virksomhetens tilbakemelding til den foreløpige rapporten. Vi ber om at det i tilbakemeldingen til oss også redegjøres for hvordan ledelsen vil sikre implementering av praksis og rutiner, i alle ledd i virksomheten, og at det redegjøres for på hvilken måte ledelsen vil sikre seg kunnskap om effekten av tiltakene. Det bes særlig redegjort for tiltak knyttet til overflytting av pasienter internt og samhandling med andre eksterne aktører, herunder involvering av pasient og pårørende.

Ved evaluering/revisjon vil vi peke på nødvendigheten av å involvere alle aktører involvert i gjennomføringen av dom på overføring på tvungent psykisk helsevern.

Det bes om at virksomhetens tilbakemelding også oversendes pasient/pårørende og Statsforvalteren.

## **9. Vedlegg**

Vedlegg 1: saksbehandlingsprosessen

Vedlegg 2: referanser

## Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen

Nedenfor gjør vi kort rede for saksgangen i tilsynssaken så langt.

- Statens helsetilsyn mottok [REDACTED] et varsel fra [REDACTED], [REDACTED] DPS om en uventet alvorlig hendelse.
- Statens helsetilsyn varslet i brev av [REDACTED] til [REDACTED] HF om at saken ville bli fulgt opp med stedlig tilsyn ved [REDACTED] HF. Virksomheten ble samtidig bedt om å oversende relevante styrende dokumenter, journalopplysninger, rutiner, avviksmeldinger mv.
- Anmodningen om oversendelse av dokumentasjon ble gjentatt i e-post av [REDACTED] til virksomheten.
- Statens helsetilsyn mottok dokumentasjon fra [REDACTED] HF, Divisjon [REDACTED], ved brev av [REDACTED].
- I brev av [REDACTED] anmodet Statens helsetilsyn [REDACTED] politidistrikt om utlevering av opplysninger omkring den alvorlige hendelsen.
- Statens helsetilsyn gjennomførte telefonmøte med virksomheten [REDACTED] for planlegging av gjennomføringen av stedlig tilsyn.
- Statens helsetilsyn gjennomførte telefonmøte med pårørende [REDACTED].
- Statens helsetilsyn gjennomførte telefonmøte med representanter fra hjemmetjenesten i [REDACTED] kommune.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved [REDACTED] HF [REDACTED] og [REDACTED].
- Statens helsetilsyn mottok ved brev av [REDACTED] supplerende informasjon fra [REDACTED] HF, Divisjon [REDACTED].
- Virksomheten ble i telefonsamtale [REDACTED] informert om forsinkelse i saksbehandlingen og utsendelsen av foreløpig rapport i saken.
- Statens helsetilsyn mottok tilbakemelding fra [REDACTED] HF på foreløpig rapport [REDACTED].

## Vedlegg 2 – Referanser

1. Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, jf. strl (2005) § 62, jf. § 20 bokstav b eller d (utarbeidet av Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, nettsversjon revidert 30.07.2019)

2. Informasjon til faglig ansvarlig for person som er domt til tvunget psykisk helsevern. (Helsedirektoratet, nettsversjon, Årstall ikke oppgitt)

3. Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse- Nasjonale faglige råd på nett. Helsedirektoratet. (2018)

4. HCR-20 manual v 3 på norsk. HCR-20, Version 3: Kevin S. Douglas, LLB, PhD, Stephen D. Hart, PhD, Christopher D. Webster, PhD, and Henrik Belfrage, MD (2013)

5. Svar på tilbakemelding om redegjørelse for utfordringer vedr tjenestetilbud til alvorlig psykisk syke med sammensatte behov. 14/11398-3 Helsedirektoratet (2015)

[REDACTED]

7. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke- oppgaver og samarbeid. Helse og politidirektoratet- IS-5/2012 (2012)

[REDACTED]

9. Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, IS-1957. (Helsedirektoratet 2013)

10. Pårørendeveileder - Nasjonal veileder på nett (Helsedirektoratet 2017)

[REDACTED]