

# Prosedyre for oppfølging av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern og overgangen til tvungent psykisk helsevern uten døgn

## Bakgrunn for prosedyren

Denne prosedyren tydeliggjør mål og samhandlingsområder for å implementere samarbeidsavtalen mellom Akershus universitetssykehus HF og Oslo kommune, ved bydelene Alna, Grorud og Stovner, om pasientforløp for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern døgn og overgangen til dom tvungent psykisk helsevern uten døgn.

Samarbeidsavtalen finner du her: [Samhandlingsavtaler - Akershus universitetssykehus HF \(ahus.no\)](https://www.ahus.no/samarbeidsavtaler)

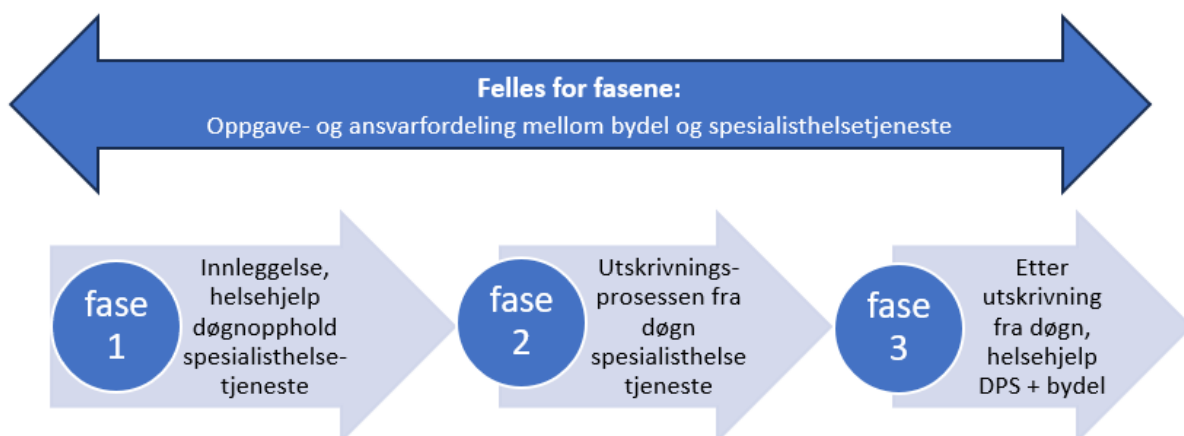
## Formål med prosedyren

Med bakgrunn i samarbeidsavtalen skal prosedyren sikre tidlig igangsettelse av samarbeid, felles forståelse av ansvar- og oppgavefordeling, legge til rette for god faglig praksis, involvering av bruker eller pasient og pårørende, og ivareta lovpålagte oppgaver. For overordnede føringer om formål, samarbeid, ansvarsdeling, taushets- og opplysningsplikt og veiledningsplikt se samarbeidsavtalen.

Se også «Lokal samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp som regulerer oppfølging av alle pasienter i overgangen mellom Oslo kommune ved bydelene og Ahus» som ligger her:

[Samhandlingsavtaler - Akershus universitetssykehus HF \(ahus.no\)](https://www.ahus.no/samarbeidsavtaler)

Prosedyren er delt i tre faser. De ulike fasene innebærer ulik ansvarsfordeling og behov for samhandling. Prosedyren er ment som et oppslagsverk, det forekommer noen gjentakelser i de ulike fasene.



Gjennom alle fasene har begge parter ansvar for å bidra til:

- Brukermedvirkning
- Pårørendesamarbeid
- Gjensidig veiledningsplikt og samarbeid og deling av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og bydel/kommunen.

### Samtykke og informasjonsdeling

Pasienten eller brukeren skal som hovedregel samtykke til at informasjon deles. For pasienter med dom til tvunget psykisk helsevern, der det vurderes å være behov for kommunale tjenester etter utskrivelse, skal informasjon deles for å ivareta samfunnsvernet.

For å sikre videre forsvarlig oppfølging ved overføring til tvunget psykisk helsevern uten døgn er det en forutsetning at relevant informasjon formidles til helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Pasienten må informeres om at dette er en nødvendig forutsetning for en overføring til et lavere sikkerhetsnivå<sup>1</sup>.

### Faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten og koordinator og kontaktperson i bydel

I spesialisthelsetjenesten har faglig ansvarlig ansvar for oppfølging av pasient under dom til tvunget psykisk helsevern.

Bruker skal tilbys en fast kontaktperson i bydel.

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal tilbys koordinator av bydel i forbindelse med individuell plan. Kontaktperson i bydel og koordinator kan være samme ansatte i bydel, men det kan også være ulike ansatte (jf Retningslinje om helhetlige pasientforløp).

<sup>1</sup> Dersom vedkommende likevel motsetter seg, kan unntaket fra taushetsplikten i helsepersonelloven § 23 nr. 4 gi hjemmel for å dele opplysninger. Denne bestemmelsen er også aktuell for å formidle opplysninger til politiet.

# Fase 1 – Ansvar og oppgaver ved innleggelse døgndom tvungent psykiske helsevern

## Felles ansvar

### Samarbeidsmøter

Faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten skal kalle inn til samarbeidsmøte med pasient, pårørende, fastlege, distriktpsikiatrisk senter (DPS) og kontaktperson fra bydel. På samarbeidsmøte skal nødvendig informasjon deles, og pasient/bruker, pårørende, bydel og spesialisthelsetjeneste skal sammen lage en plan/behandlingsplan for oppfølging og behandling, for døgnoopholdet og for tiden etter utskrivning fra døgndom. Et viktig prinsipp er at:

*«Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/behandling/tjeneste».* (Samarbeidsavtale del 2, tjenesteavtale 2, 2012)

Det bør gjennomføres regelmessige samarbeidsmøter under døgnoopholdet.

### Instansmøter:

Ved behov kan enten spesialisthelsetjenesten eller bydel invitere til instansmøte for å dele informasjon, drøfte eventuell uenighet eller andre administrative spørsmål uten at pasient er til stede.

### Kartlegging og diagnostisering

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bidra med informasjon til kartlegging og diagnostisering. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for diagnostisering og skal bidra til at kommunen får nødvendig og tilstrekkelig informasjon og kjennskap til funksjonsvurdering. Resultater av utført kartlegging/funksjonsvurdering gjennomført av spesialisthelsetjenesten oversendes til kommunen fortløpende. Dette skal, sammen med kommunens selvstendige kartlegging, danne grunnlag for bydels tildeling av kommunale tjenester.

## Spesialisthelsetjenestens ansvar

### Pleie- og omsorgsmelding

Spesialisthelsetjenesten skal sende PLO-melding til bydel og dialogmelding til fastlege ved innleggelse av pasient med dom til tvungent psykisk helsevern for pasienter der det vurderes å være behov for kommunale tjenester etter utskrivelse<sup>2</sup>.

### Voldsriskovurdering

Voldsriskovurdering skal gjennomføres av spesialisthelsetjenesten. Kritisk informasjon om pasientens voldshistorie og løpende risikovurdering skal deles med ansvarlige tjenester i kommunen. I vurdering av voldsrisiko, skal relevant kunnskap innhentes fra den kommunale helse-

---

<sup>2</sup> Utveksling av PLO-meldinger vil i all hovedsak falle inn under reglene i helsepersonelloven §§ 25 og 45 som er å gi opplysninger til annet samarbeidende personell for å kunne gi pasienten/klienten forsvarlig behandling.

og omsorgstjenesten, NAV, politi, rettspsykiatrisk sakkyndige, pårørende og/eller andre som har kjennskap til pasienten, innenfor reglene for taushetsplikt og opplysningsplikt<sup>3</sup>.

### Voldsintervensjonsplan er en del av samfunnsvernplanen

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for utforming av voldsintervensjonsplan samt å gjøre den tilgjengelig for bydel. Planen bør utarbeides i et samarbeid mellom pasienten, nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser. Pasienten har rett til å medvirke til utformingen av en risikohåndteringsplan etter sine forutsetninger.

### Oppfølging av somatisk helse

Institusjonen i spesialisthelsetjenesten pasienten er innlagt på, har ansvar for oppfølging av somatisk helse.

## Bydels ansvar

### Pleie- og omsorgsmelding

Bydel skal besvare PLO-meldinger fra spesialisthelsetjenesten innen frist.

### Kartlegging

Bydel har ansvar for å informere om helsetilstand, tjenester og annen relevant informasjon om bruker til spesialisthelsetjenesten.<sup>4</sup>

### Samarbeid

Kommunalt ansatte skal følge opp pasient/bruker under innleggelse, og har ansvar for å delta på samarbeidsmøter og eventuelle instansmøter som spesialisthelsetjenesten innkaller til. Kommunen skal være delaktig i utarbeidelse av samfunnsvernplan under innleggelse.

### Kommunale tjenester

Kommunen skal med utgangspunkt i selvstendig kartlegging, funksjonsbeskrivelse fra spesialisthelsetjenesten og brukers behov og ønsker, raskt starte arbeidet med å sørge for at nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester tilbys. Nødvendige helse- og omsorgstjenester innbefatter bolig, sosial-, psykososial- og medisinsk oppfølging og arbeids- og aktivitetstilbud. Kommunale tiltak bør etableres på et så tidlig tidspunkt som mulig, for å legge til rette for permisjoner i forkant av utskrivning til dom tvungent psykisk helsevern uten døgn.

### Individuell plan

Brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal tilbys individuell plan<sup>5</sup>. Det er koordinator i kommunen som skal sørge for at individuell plan blir utarbeidet og koordinere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten skal medvirke i planarbeidet. Dersom pasient/bruker ikke ønsker en slik plan, bør samarbeid nedfelles som en del av samfunnsvernplanen.

---

<sup>3</sup> Jf. helsepersonelloven kapittel 5, §§ 21,22 og 25, politiloven § 24, lov om sosiale tjenester i NAV § 44 om taushetsplikt og helsepersonelloven §§ 31, 32, 33, 38 og lov om sosiale tjenester § 45 om opplysningsplikt

<sup>4</sup> Jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-4 og § 5-11

<sup>5</sup> Jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5

# Fase 2 Igangsettelse av prosess for utskrivning til dom psykisk helsevern uten døgnet

## Felles ansvar

### Utskrivning

Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom pasient/bruker, spesialisthelsetjeneste og bydel<sup>6</sup>. Alle involverte parter skal samarbeide tett for å få til en trygg og forsvarlig overgang.

Faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten skal sammen med distriktpsikiatrisk senter (DPS), bydel og pasient vurdere behov for oppfølging av Ambulant sikkerhetsteam (AST) og/eller ambulante tjenester som FACT<sup>7</sup>.

### Samarbeidsmøter

Spesialisthelsetjenesten ved faglig ansvarlig skal i god tid før utskrivning ta initiativ til samarbeidsmøte med pasient/bruker, bydel og fastlege. Pårørende har rett til å medvirke og det bør avklares med pårørende om de ønsker å delta på hele eller deler av møte<sup>8</sup>. Distriktpsikiatrisk senter/poliklinikk som skal gi behandling etter utskrivning bør være representert. Samarbeidsmøter skal avholdes jevnlig for å sikre gode overganger.

### Instansmøter

Ved behov kan spesialisthelsetjenesten eller bydel invitere til instansmøter der bruker ikke er til stede.

### Samfunnsvernplan

Før utskrivning skal spesialisthelsetjenesten utarbeide et forslag til samfunnsvernplan som legges frem for pasient/bruker, bydel, og andre involverte parter for innspill og drøfting. Pasient, nærmeste pårørende, bydel og DPS skal være involvert i, og bidra til utarbeidelse av samfunnsvernplan. Kommunens tjenestetilbud i etterkant av utskrivning fra døgnet, inngår som en del av samfunnsvernplanen.

### Progresjonsplan

Progresjonsplan for å legge til rette for overgang fra innlagt til utskrevet fra døgnet, bør utformes. Kommunale helse- og omsorgstilbud er en forutsetning for utprøving av permisjoner, og det er derfor viktig at dette er på plass for å starte prosess med utskrivning til dom psykisk helsevern uten døgnet. I forkant av permisjon bør det drøftes behov for at ansatte i kommunale tjenester gjennomfører hospitering i spesialisthelsetjenesten. Mål er å skape gode overganger.

<sup>6</sup> Jf. Spesialisthelsetjenesteloven §3-15

<sup>7</sup> AST/FACT skal i samarbeid med DPS, kommuner/bydeler blant annet bidra til å ivareta pasientsikkerheten og samfunnsvernet for pasienter som blir utskrevet fra tvungen psykisk helsevern døgnet til tvungen psykisk helsevern uten døgnet. AST teamet skal understøtte et sikkerhetspsikiatrisk pasientforløp ved å sikre tidlig igangsettelse av samarbeid, sikre felles forståelse av ansvar- og oppgavefordeling, legge til rette for god faglig praksis, involvering av bruker/pasient og pårørende samt ivareta lovpålagte oppgaver.

<sup>8</sup> Jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.

Progresjonsplanen skal være godkjent av spesialisthelsetjenesten, bydel og bruker. Faglig ansvarlig har ansvar for å varsle fornærmede og etterlatte. Dersom hendelser som bryter vilkår i forbindelse med permisjoner/utgang oppstår, må faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pårørende, bydel, politi, nærmiljø eller andre, vurdere om bruker/pasient er utskrivningsklar.

## Spesialisthelsetjenestens ansvar

### Samarbeidsmøter

Dersom det er avklart at pasient/bruker skal bo utenfor opptaksområdet til Ahus og/eller distriktpspsykiatrisk senter (DPS), skal faglig ansvarlig invitere ny faglig ansvarlig ved gjeldende DPS til samarbeidsmøtene for å sikre at samfunnsvernplanen er godt forankret hos alle instanser.

### Voldsforebyggende tiltak

Ahus benytter Early Recognition Method, heretter forkortet ERM<sup>9</sup> for å kartlegge og iverksette voldsforebyggende tiltak. Som en del av gjensidig veiledningsplikt skal spesialisthelsetjenesten før utskrivning gi ansatte som skal følge opp bruker i bydel, opplæring i ERM kartlegging.

Før permisjon skal spesialisthelsetjenesten avtale et ERM overføringsmøte med de som skal følge opp bruker fra kommunal side. I dette overføringsmøte gjennomgås eksisterende ERM plan, og den tilpasses det tjenestetilbudet den enkelte skal motta. Ved permisjoner skal bydel gi tilbakemelding til faglig ansvarlig om ERM skår.

### Tvangstiltak og bruk av tvangsmidler

Tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres av spesialisthelsetjenesten når pasienten skrives ut fra døgnet, må være avsluttet før pasienten kan meldes som utskrivningsklar<sup>10</sup>. Dersom spesialisthelsetjenesten eller påtalemyndighetene setter krav til kommunen om å etablere tjenester med omfattende kontrolltiltak som for eksempel fotfølging og/eller andre kontroll- og overvåkingstiltak, er dette noe verken kommunen eller pasienten kan forplikte seg til<sup>11</sup>. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for gjennomføring av tvangstiltak.

### Samfunnsvernplan

Spesialisthelsetjenesten skal forsikre seg om at pasient er innforstått med betingelser for å kunne være under tvungent psykisk helsevern uten døgnet, og pasient skal underskrive samfunnsvernplanen før spesialisthelsetjenesten oversender denne til gjennomgang av statsadvokaten<sup>12</sup>. Mal for samfunnsvernplan skal benyttes (se vedlegg 1).

---

<sup>9</sup> ERM er en metode for å identifisere forvarsler på vold og etablere voldsforebyggende tiltak for mennesker med alvorlig psykisk lidelse som har en historie med voldsutøvelse.

<sup>10</sup> Jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 andre ledd

<sup>11</sup> Jf. brev fra Helsedirektoratet 24.4.2019

<sup>12</sup> Jf. spesialisthelsetjenesteloven §2-1f og psykisk helsevernloven §5-3, andre ledd.

## Bydelens ansvar

### Kommunale tjenester

Bydel gjør vedtak om hvilke tilbud og hvilket omfang kommunale tjenester bruker skal ha etter utskrivning<sup>13</sup>. Bruker skal medvirke i dette arbeidet. Bydel har ansvar for å tilrettelegge for at de kommunale helse- og omsorgstilbudene på et så tidlig tidspunkt som mulig er tilgjengelig, for å legge til rette for permisjoner i forkant av utskrivning fra døgnet.

Bydelen skal så tidlig så mulig gi spesialisthelsetjenesten informasjon om, og når tjenestetilbudet vil være tilgjengelig. Ved eventuelle endringer i tjenestetilbud, skal bydel informere spesialisthelsetjenesten fortløpende.

Så langt det er mulig, skal ansatte i bydel eller tjenesteleverandør som skal følge opp bruker ved permisjoner og etter utskrivning fra døgnet, starte kontaktetablering mens bruker er under dom psykisk helsevern med døgnet. Det bør vurderes om det er mulig å legge til rette for hospitering.

### Informasjon om permisjon

Bydelsansatte eller eventuell tjenesteleverandør har ansvar for å gi informasjon til faglig ansvarlig i forbindelse med permisjoner. Informasjonen kan blant annet innbefatte vurdering av voldsrisiko, ERM skår, progresjon, erfaringer og vurdering av permisjonen.

## Fase 3: Pasient er utskrevet til dom psykisk helsevern uten døgnet

### Felles ansvar

Etter utskrivelse er det viktig at samarbeidet fortsetter slik at alle parter blir informert om utviklingen og at bruker/pasient har en arena der hen kan få uttrykt sine ønsker og behov.

### Samarbeidsmøter

Både spesialisthelsetjeneste og bydel har ansvar for å invitere til jevnlig møter med pasient/bruker, pårørende, spesialisthelsetjeneste, fastlege og kommune for å sikre brukermedvirkning, nødvendig informasjonsutveksling og samordning av tjenester. Faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten har ansvar for å invitere til samarbeidsmøter for oppdatering av samfunnsvernplanen. Bydel ved koordinator har ansvar for å invitere til ansvarsgruppemøter dersom bruker/pasient har IP.

Samarbeidsmøter og/eller ansvarsgruppe bør møtes hver sjette måned, med minst to møter første halvår etter utskrivelse fra døgnet.

Politi og legevakt kan inviteres til samarbeidsmøte når det er aktuelt.

---

<sup>13</sup> Jf. helse- og omsorgstjenesteloven §3-1, prosedyre for samhandling ved utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester pkt. 4-3 og Retningslinje for helhetlige pasientforløp 2013

## Dialog

Dialog mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten bør foregå minst en gang i måneden i første halvår, og deretter ved behov. Dialogen kan foregå per telefon, digitalt eller fysisk. Dialogmeldinger kan benyttes som supplement.

## Samfunnsvernplanen

Samfunnsvernplanen skal oppdateres minimum årlig, men hyppigere ved behov.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for oppdatering i samarbeid med bruker/pasient, bydel, pårørende og eventuelt andre involverte parter. I samfunnsvernplanen inngår oppdatering av voldsintervensjonsplanen. Aktuelle risikosituasjoner og tiltak for å redusere voldsrisikoen beskrives.

Det er viktig at kommunehelsetjenesten er godt kjent med samfunnsvernplanen og voldsintervensjonsplanen, og deltar aktivt i arbeidet med å revidere planene underveis. Andre aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel politi, legevakt, fastlege og verge skal informeres ved endringer.

De som oppdager brudd på samfunnsvernplanen eller hendelser som kan øke risikoen for vold skal dele informasjonen til alle parter så fort som mulig. Brudd eller forverring kan føre til tiltak og/eller innleggelse. Hvordan dette skal meldes kommer frem i den enkeltes samfunnsvernplan.

## Behandling med legemidler

Dersom partene finner det hensiktsmessig, kan den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler etter avtale med faglig ansvarlig overlates til helsepersonell i kommunen<sup>14</sup>. Dette kan bare skje dersom pasienten ønsker det. Ansvar og forutsetninger bør i så fall nedfelles som en del av pasientens/brukerens individuelle plan. Dersom pasienten motsetter seg inntak av legemiddel skal faglig ansvarlig informeres, og spesialisthelsetjenesten har ansvar for iverksetting av videre tiltak.

## Voldsforebyggende tiltak ERM

Etter utskrivelse videreføres ERM arbeid med pasienten i et samarbeid mellom bydel/tjenesteleverandør og faglig ansvarlig. Faglig ansvarlig skal informeres ved økning i symptomtrykket hos pasienten og effekten av iverksatte tiltak.

## Spesialisthelsetjenesten ansvar

### Behandling

De fleste pasientene vil kunne møte ved poliklinikken for behandling, men spesialisthelsetjenesten bør tilby ambulante og oppsøkende tjenester når det er hensiktsmessig, som f.eks. FACT eller ambulant sikkerhetsteam. Dersom pasient ikke møter slik forutsatt, må faglig ansvarlig vurdere om vilkår i samfunnsvernplanen er oppfylt.

### Oppfølging av somatisk helse

Ved poliklinisk behandling er det behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for å avklare hvem som følger opp pasientens somatiske helse. Det kan være fastlegen eller en lege i spesialisthelsetjenesten. Dette vil være avhengig av om det er behov for en generell somatisk undersøkelse som kan gjøres hos fastlege eller om det er behov for en mer helhetlig

---

<sup>14</sup> Jf. forskrift psykisk helsevern § 22



psykiatrisk vurdering<sup>15</sup>. Det bør komme frem i samfunnsvernplanen hvem som skal følge opp pasientens somatiske helse.

## Bydelens ansvar

### Tjenester

Bydel skal gi helhetlig og samordnede tjenester i tråd med den enkeltes behov. I denne sammenheng vil dette innebære bolig, bo-oppfølging, arbeids/aktivitetstilbud, familie- og nettverksarbeid, bistand med tanke på økonomi og lignende. Målet er at den enkelte skal oppleve bedre livskvalitet.

### Samarbeid

Bydel skal legge til rette for informasjonsdeling og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

### Voldsforebyggende tiltak

Etter utskrivning skal bydel eller tjenesteleverandør gjennomføre ERM-skår, og informere faglig ansvarlig regelmessig, og ved forverring. Bydel har ansvar for å informere faglig ansvarlig ved eventuell forverring og hendelser.

Vedlegg til prosedyren: Samfunnsvernplan Ahus

---

<sup>15</sup> Jf. Nasjonale pasientforløp psykiske lidelser voksne kapittel 3