

## Mellom straff og helsehjelp

Hvordan blir pasientsikkerheten til innsatte med alvorlig psykisk lidelse i høysikkerhetsfengsel ivaretatt?

Materiell til refleksjon og læring

Se webinar/presentasjon av rapporten

Alle foto: Shutterstock og Kriminalomsorgen



# Kort om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Ukom er en uavhengig undersøkelseskommissjon for helse - og omsorgstjenesten. Ukoms samfunnsoppdrag er å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

Dette skal bidra til en tryggere tjeneste både for pasienter, brukere og helsepersonell.

Ukoms utgangspunkt er å undersøke og kartlegge hva som skjedde, og årsakene til at det skjedde. Basert på funn og analyser gir Ukom anbefalinger til forbedring og læring i tjenestene.

I undersøkelsene vurderer Ukom ikke lovligheten av behandlingen (forsvarlighet).

Ukom fordeler heller ikke skyld eller gir straffereaksjoner når noe går galt.

Formålet vårt er læring på nasjonalt nivå.

Arbeidet er begrunnet i "Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten".



Til deg som presentatør:

# Læring og refleksjon

Disse lysarkene kan brukes av medarbeidere og ledere i helse- og omsorgstjenesten. Materiellet kan for eksempel brukes i forbindelse med kvalitets- og forbedringsarbeid, til faglig oppdatering og som grunnlag for refleksjon og diskusjon.

**Til deg som skal bruke presentasjonen:**

Det er en fordel å ha kjennskap til rapporten.

Presentasjonen er bygd opp tematisk med refleksjonsspørsmål til hvert tema. Du kan derfor plukke ut deler av presentasjonen for bruk i f.eks. avdelingsmøter eller faglunsjer.



# Historien om Daniel – Oppvekst og psykisk helse

## Oppvekst

- ADHD i barndommen – begrenset skolegang
- Tidlig utvikling av rusavhengighet
- Oppfølging: BUP, ROP, FACT, TSB og LAR
- Ikke arbeid eller stabil hverdag
- Lav bo- og egenomsorgsevne

## Psykisk helse

- Gjentatte innleggelse i psykisk helsevern
- Psykosesymptomer også uten rus
- Diagnostisert med paranoid schizofreni
- Siste tiden før fengsling frasa han seg all helsehjelp



# Historien om Daniel – Fengsel, forverring og utfall

## Før fengsling

- Sykdomsforverring og kriminalitet
- Hans psykiske helsetilstand ble ikke fanget opp i rettsprosessen

## Under soning

- Funksjonsfall og tiltakende psykose og uvanlig atferd
- Lav fungering, isolasjon og selvskade
- Ingen faste aktiviteter eller arbeidsoppgaver
- Avslo helsehjelp og oppfølging

## Løslatelse

- Ingen løslatelsesplan og Daniel avslo videre helsehjelp – løslatt en fredag
- Midlertidig botilbud via NAV
- Døde få dager etter løslatelse



# Hovedområder i rapporten

1. Opplysninger om psykisk helse i rettsprosessen er avgjørende for vurdering av tilregnelighet og soningsalternativ
2. Innsatte med alvorlig psykisk lidelse har behov for mer samordnet helsehjelp og oppfølging under soning
3. Løslatelse – en særlig sårbar overgang som krever koordinering og oppfølging
4. Pasientsikkerhet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse – økt kompleksitet og sammensatt risikobilde

# Hovedområde 1

Rettsprosessen – informasjon om helseopplysninger er avgjørende for vurdering av tilregnelighet og soningsalternativ



## Rettsprosessen – begrenset informasjonsflyt

- Psykisk lidelse blir ikke alltid fanget opp eller dokumentert tidlig i straffesaken
- I Daniels sak sto det ingen opplysninger om alvorlig psykisk lidelse i varetektskjennelsen og dommen
- Retten hadde begrenset grunnlag for å vurdere tilregnelighet, soningsevne og alternativer til soning i fengsel (særreaksjoner) – Daniel var ikke til stede i retten
- Tidligere observasjoner hos politiet eller andre ble ikke formidlet videre i rettsprosessen

## Rettsprosessen – konsekvenser av begrenset informasjonsflyt

- Når alvorlig psykisk lidelse ikke blir identifisert, bidrar dette til en økende andel innsatte i høysikkerhetsfengsel med store hjelpebehov og begrenset egenomsorgsevne
- Når fengsel ikke har tilstrekkelig informasjon om den innsatte før fengsling, er det krevende å tilrettelegge soningen både for fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen



*«Vi får veldig sjelden info om innsatte med psykiske plager og rus. Tar høyde for at alle har det»*

- Ansatt i fengsel

## Hovedområde 2

Under soning – behov for mer samordnet helsehjelp og oppfølging

## Under soning – Delområder

1. Endret innsattgruppe – mer komplekse og sammensatte behov
2. Helsekartlegging og informasjonsflyt i samhandlingen rundt særlig sårbare innsatte ses ikke alltid i sammenheng
3. Begrensede kontaktflater mellom innsatte og helsetjenesten
4. Kompetanse – identifisere, vurdere og følge opp innsatte med alvorlig psykisk lidelse
5. Når innsatte avviser helsehjelp
6. Rehabilitering i kriminalomsorgen forutsetter ofte samtidig stabilisering og behandling

## Delområde 1: Endret innsattgruppe

- Andelen innsatte med psykisk lidelse i høysikkerhetsfengsel har økt, flere har alvorlig psykisk lidelse
- Mange har sammensatte og langvarige behov for helseoppfølging, lavt funksjonsnivå og begrenset egenomsorg
- Innlåsing, isolasjon og strengt sikkerhetsregime kan forverre psykisk sykdom
- Flere innsatte kan være for syke til å fungere i høysikkerhetsfengsel



## Delområde 2: Kartlegging og tidlig helsesjekk

- Kartlegging skjer parallelt i tjenestene
  - fengselshelsetjenesten
  - kriminalomsorgen
  - spesialisthelsetjenesten (når de er involvert)
- Kan bidra til lite koordinert og fragmentert bilde av den innsatte, der ingen ser helheten
- Informasjonsdeling krever samtykke av den innsatte
- Tidlig helsesjekk hos legevakt
  - fanger ikke alltid opp psykisk helse og historikk
  - begrenset kunnskap om fengselsspesifikk forhold
- Innkomstsamtale er viktig, men
  - kan bli avvist av den innsatte
  - tidkrevende å innhente tidligere journaler



Foto: Christian Wangberg/Kriminalomsorgen

### Delområde 3: Begrensede kontaktflater og fragmentert hjelp

- Fragmentert oppfølging av alvorlig psykisk syke innsatte. Ansvar er fordelt mellom kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Få og korte kontaktflater med helsetjenestene, lite rom for relasjonsbygging
- Helsepersonell er i begrenset grad til stede i fengselstiljøet
- Funksjonsfall og sykdomsforverring kan være vanskelig å fange opp, spesielt når innsatte ikke ber om helsehjelp, isolerer seg, skjuler symptomer eller avviser tilbud
- Helsepersonell opplever tidspress og akutte behov må prioriteres over systematisk oppfølging



Foto: Christian Wangberg/Kriminalomsorgen

## Delområde 4: Kompetanse om alvorlig psykisk lidelse

- Identifisering og behandling av alvorlig psykisk lidelse krever ofte spesialisert kompetanse
- Begrenset tilgang på spesialisert psykiatrisk kompetanse og systematisk veiledning
- Varierende kompetanse i fengselshelsetjenesten om psykisk helse, ruslidelse og fengselsmedisin
- Uklare krav til opplæring og kompetanse i fengselshelsetjenesten
- Innsatte med lav sykdomsinnsikt som avviser helsehjelp er særlig krevende å følge opp



Foto: Christian Wangberg/Kriminalomsorgen

## Delområde 5: Innsatte med alvorlig psykisk lidelse som avviser tilbud om helsehjelp

- Innsatte med alvorlig psykisk lidelse kan avvise helsehjelp som helsetjenestene vurderer er nødvendig
- Lav sykdomsinnsikt kan føre til begrenset forståelse av egne behov
- Begrenset dokumentasjon på innsattes forståelse av konsekvenser av å takke nei til helsehjelp
- Vanskelig å motivere for oppfølging og planlegging – f.eks. individuell plan
- Uklart ansvar for etablering av ansvarsgruppe



**«Helsetjenestene bør styrke arbeidet med motivasjon hos de som takker nei til tilbud»  
- Avdelingsleder i spesialisthelsetjenesten**

Foto: Christian Wangberg/Kriminalomsorgen

## Delområde 6: Rehabilitering forutsetter samtidig stabilisering av sykdom og nødvendig behandling

- Lavt funksjonsnivå begrenser innsattes mulighet for deltakelse i kriminalomsorgens aktiviteter – krever tilrettelegging
- Fengselsmiljø kan forverre psykiske symptomer
- Ressurspress i tjenestene fører til at akuttbehov og sikkerhet prioriteres
- Det kan være krevende for kriminalomsorgen å vurdere om atferdsutfordringer er tegn på sykdomsforverring
- Isolasjon (selvvalgt og vedtak) er utbredt



Foto: Christian Wangberg/Kriminalomsorgen

## Hovedområde 3

Løslatelse – en sårbar  
overgang

## Løslatelse – en sårbar overgang

- Overgangen fra fengsel til frihet innebærer risiko for sårbare innsatte – struktur og rutiner opphører
- Økt risiko for selvmord og rus/overdose etter løslatelse
- Når innsatte ikke ønsker videre helsehjelp eller samtykker til informasjonsdeling, svekkes mulighet for planlegging og øker risikoen for brudd i oppfølgingen
- Løslatelse krever koordinert innsats mellom kriminalomsorgen, kommunale tjenester og helsetjenestene for å unngå glippsoner



## Løslatelse – risiko for glippsoner

- Løslatelse rett før helg fører til begrenset tilgang til tjenester
- Tjenestene utenfor fengsel trenger tidlig informasjon for å planlegge god oppfølging og sikre kontinuitet
- Særlig viktig ved korte fengselsdommer der planleggingsvinduet er begrenset
- Behov for å etablere en ansvarsgruppe rundt den innsatte – særlig der innsatte avviser individuell plan

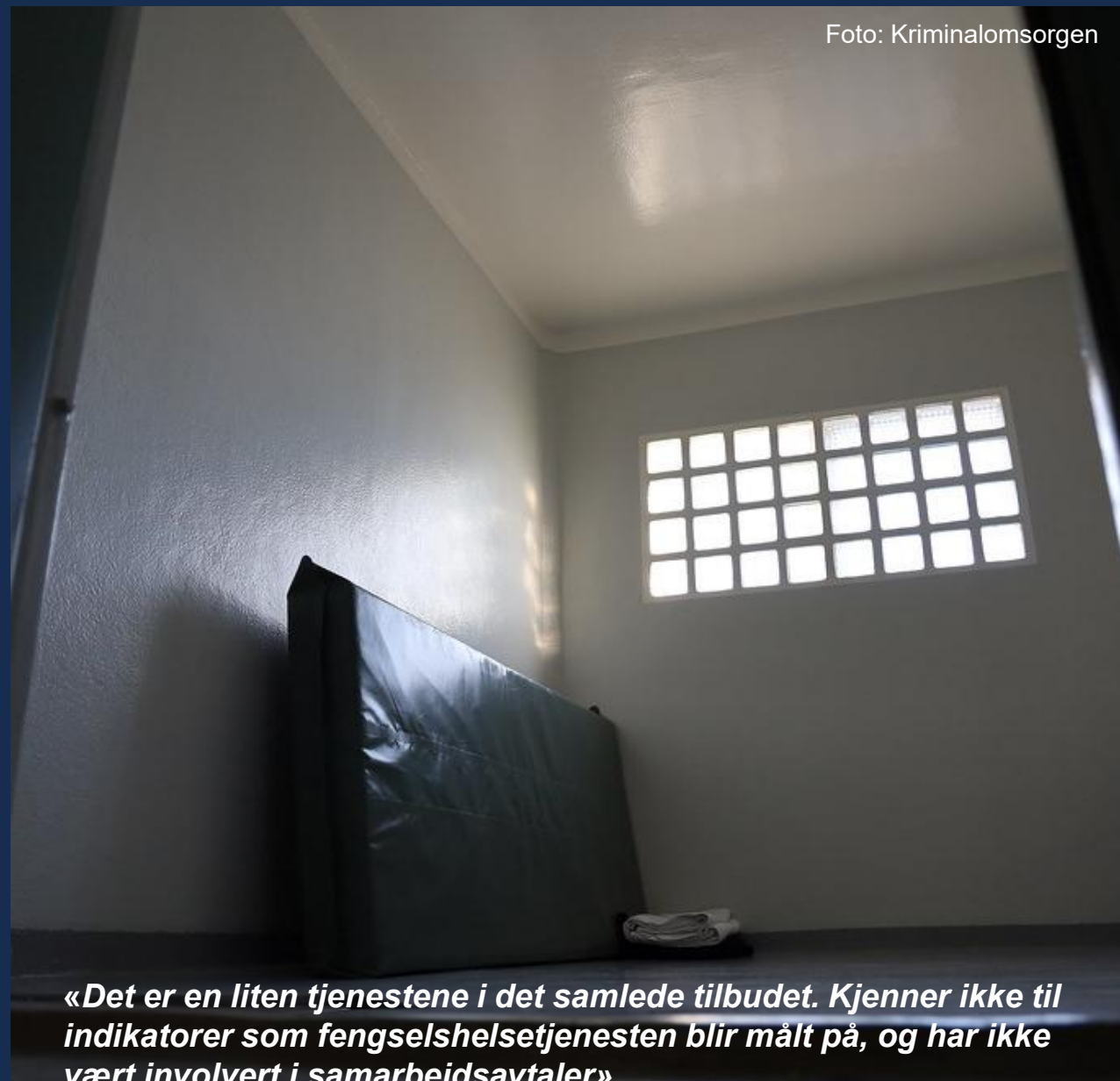


# Hovedområde 4

Pasientsikkerhet – økt kompleksitet og et sammensatt risikobilde

## Pasientsikkerhet i et komplekst system

- Ingen aktører har et helhetlig ansvar for oppfølging – fragmentert ansvar øker risiko for svikt i helsehjelp
- Det er i dag en større andel innsatte med alvorlig psykisk lidelse kombinert med stadig mer begrenset kapasitet i kriminalomsorgen og psykisk helsevern
- Variasjoner i tilbud, kompetanse og kapasitet i helsetjenestene til innsatte

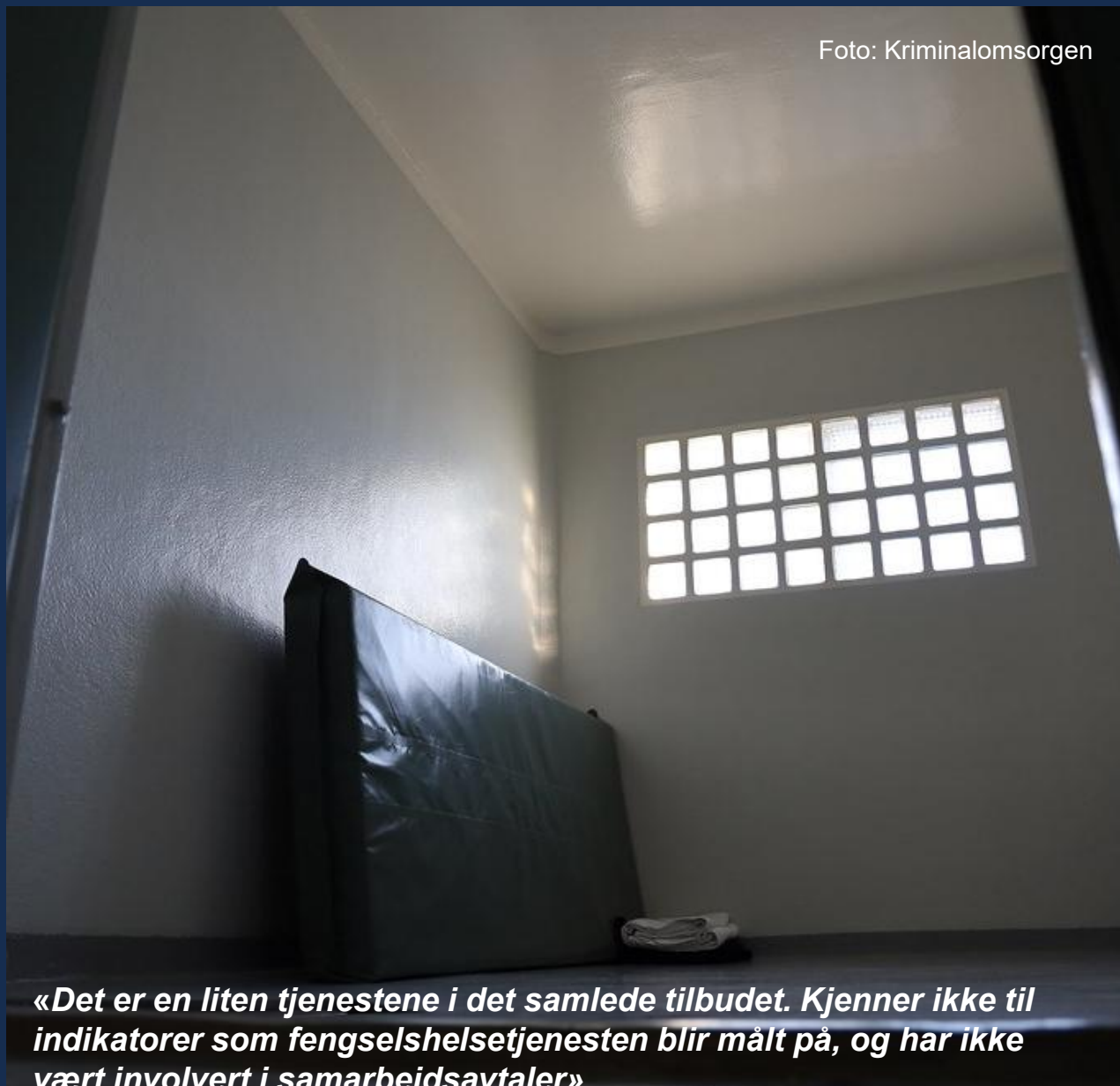


*«Det er en liten tjenestene i det samlede tilbudet. Kjenner ikke til indikatorer som fengselshelsetjenesten blir målt på, og har ikke vært involvert i samarbeidsavtaler»*

– Leder

## Pasientsikkerhet i et komplekst system

- Ulike styringslinjer til tjenestene, begrenset styringsinformasjon og få kvalitetsindikatorer
- Ledere med øverste ansvar for beslutning om innhold, kapasitet og kvalitet kan ha lite kjennskap til helsetjenestene i fengsel
- Manglende felles gjennomgang etter alvorlige hendelser



*«Det er en liten tjenestene i det samlede tilbudet. Kjenner ikke til indikatorer som fengselshelsetjenesten blir målt på, og har ikke vært involvert i samarbeidsavtaler»*

– Leder

## Anbefalinger og læringspunkt

I rapporten gir Ukom tre anbefalinger til fengselshelsetjenesten og til vertskommuner.

I tillegg gir Ukom fire læringspunkter. Disse er basert på innsikt fra undersøkelsen som tjenestene kan bruke i eget lokalt forbedringsarbeid.

# Anbefalinger

1. Ukom anbefaler at fengselshelsetjenesten tar initiativ til strukturert samarbeid om sårbare innsatte i trepartssamarbeidet.
2. Ukom anbefaler kompetanseheving om psykiske helsekonsekvenser som følger av soning i fengsel. Vertskommunen må sikre dette.
3. Ukom anbefaler at begge helsetjenestene gjør en felles hendelsesgjennomgang etter alvorlige, uønskede hendelser.



## Anbefaling 1: Ukom anbefaler at fengselshelsetjenesten tar initiativ til strukturert samarbeid om sårbare innsatte i trepartssamarbeidet.

For å oppnå strukturert samarbeid kan vertskommunen:

- Etablere faste, forpliktende møter for deling av kartlegginger og observasjoner som kan fange opp eventuell funksjonsfall og sykdomsforverring.
- Felles forståelse av regelverket om taushetsplikt som ivaretar personvern og samarbeid.
- Etablere felles situasjonsforståelse om hva som kjennetegner særskilt sårbare innsatte og situasjoner med økt pasientsikkerhetsrisiko.



## Anbefaling 2: Ukom anbefaler kompetanseheving om psykiske helsekonsekvenser som følger av soning i fengsel. Vertskommunen må sikre dette.

- Vertskommunen har ansvar for å tilby innsatte nødvendige og likeverdige helse- og omsorgstjenester.
- Sikre at helsepersonell har nødvendig kompetanse og kunnskap om helsemessige konsekvenser av fengsling og innlåsing.

Særlig om isolasjon og risiko for isolasjonsskader:

- Styrke kompetanse på isolasjonsskader og sikre systematisk vurderinger etter isolasjonsvedtak.
- Fengselshelsetjenesten bør oppfordre kriminalomsorgen til systematisk registrering av selvvalgt tilbaketrekking hos innsatte.



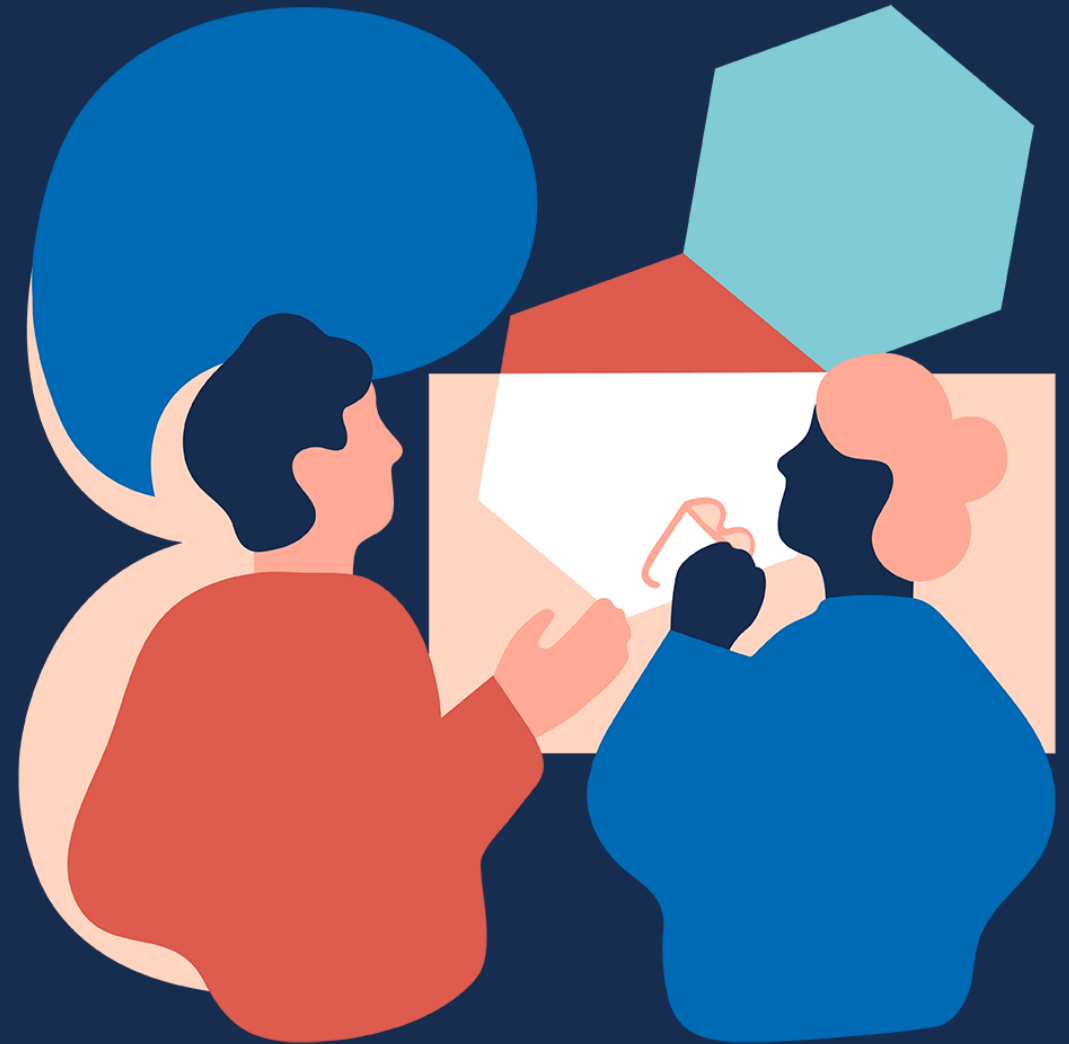
### Anbefaling 3: Ukom anbefaler at begge helsetjenestene gjør en felles hendelsesgjennomgang etter alvorlige, uønskede hendelser.

- Lære av alvorlige hendelser er viktig i kvalitetsforbedringsarbeid og vil styrke pasientsikkerhet og kvalitet.
- En felles hendelsesgjennomgang etter alvorlige hendelser kan bidra til å avdekke sårbarheter og områder med økt pasientsikkerhetsrisiko i samhandlingen.
- Bruke læring til å forbedre samhandling og forebygge nye hendelser, styrke risikohåndtering og kvalitet i pasientbehandlingen.
- Involvere kriminalomsorgen, innsatte og pårørende i forbedringsarbeidet



# Læringspunkter

1. Behov for økt systematisk arbeid med relasjonsbygging og motivering hos innsatte med alvorlig psykisk lidelse
2. Regelmessig veiledning fra spesialisthelsetjenesten til fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen
3. Rehabilitering og helsehjelp må ses i sammenheng
4. Samhandling rundt løslatelse av sårbare innsatte og innsatte med korte soningsdommer



# Spørsmål til refleksjon

## Til fengselshelsetjenesten

1. Hvordan identifiserer vi innsatte med alvorlig psykisk lidelse og lavt funksjonsnivå tidlig nok i soningsforløpet?
2. Hvordan bruker vi informasjon fra kriminalomsorgen systematisk for å forstå funksjonsnivå og endringer over tid?
3. I hvilken grad tar vi aktivt initiativ til strukturert samarbeid med kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten?
4. Hvordan jobber vi aktivt for å nå innsatte som ikke selv oppsøker helsehjelp?
5. Hvordan arbeider vi systematisk med relasjonsbygging og motivasjon hos innsatte som avviser helsehjelp?
6. Hva gjør vi når innsatte ikke ønsker individuell plan eller koordinator – hvordan sikrer vi likevel nødvendig og helhetlig oppfølging?

## Spørsmål til refleksjon

### Til spesialisthelsetjenesten

1. Hvordan sikrer vi at innsatte med alvorlig psykisk lidelse får tilstrekkelig utredning og oppfølging – også når de ikke oppsøker hjelp selv?
2. Hvordan følger vi opp innsatte som ikke møter til konsultasjon?
3. Hvordan kan vi jobbe med å komme i posisjon der innsatte er avvisende og tildekkende?
4. Hvordan sikrer vi at vår oppfølging er tilstrekkelig for innsatte med alvorlig psykisk lidelse i fengsel?
5. Hvordan ivaretar vi vår veiledningsansvaret overfor fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen i praksis?
6. Hvordan kan vår oppfølging tilpasses innsatte med lav sykdomsinnsikt og redusert funksjonsnivå?
7. Hva skal til for å oppnå godt og strukturert samarbeid med fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen?

# Spørsmål til refleksjon

## Til fengselshelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten

1. Hvordan sikrer vi en felles forståelse av behov og sårbarhet hos innsatte med alvorlig psykisk lidelse?
2. I hvilken grad deler vi relevant informasjon innenfor regelverket med kriminalomsorgen for å sikre helhetlig oppfølging?
3. Hvordan sikrer vi en felles forståelse og praktisering av taushetsplikt i samarbeid med andre tjenester?
4. Hvordan henger helsehjelp og rehabilitering i kriminalomsorgen sammen i praksis?
5. Hvilke mulighetsrom har helsetjenestene til å formidle til kriminalomsorgen om symptomer på sykdomsforverring, slik at isolasjon/selvvalgt tilbaketrekking blir begrenset og nødvendig behandling blir gitt?
6. Hvordan kan helsetjenestene og kriminalomsorgen samarbeide om gode rehabiliteringsforløp?
7. Hvordan sikrer vi at muntlig informasjonsutvekslinger og vurderinger av innsatte blir dokumentert? Har vi felles forståelse av ansvar for dokumentasjonsplikt?
8. Hvordan forbereder vi løslatelse for innsatte med sammensatte behov – hvem tar ansvar for helheten?

# Spørsmål til refleksjon

Til ledere i  
spesialisthelsetjenestene

1. Hvordan sikrer vi kontinuitet i oppfølgingen – særlig ved avbrudd i poliklinisk behandling?
2. Hvordan sikrer vi at ansatte har rammer til å jobbe systematisk med relasjonsbygging, motivasjon og oppfølging av innsatte som avviser helsehjelp?
3. Hvordan følger vi opp vår veiledningsplikt overfor fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen?
4. I hvilken grad er våre tjenester dimensjonert for innsatte med lav funksjonsevne og høy kompleksitet?
5. Hvordan jobber vi med læring etter alvorlige og uønskede hendelser?
6. Hvordan følger vi opp ansatte som har vært involvert i alvorlige uønskede hendelser?

# Spørsmål til refleksjon

## Til ledere i fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene

1. Hvordan kan vi sikre en helhetlig oppfølging av alvorlig psykisk syke innsatte?
2. Hvordan kan vi forebygge brudd i overganger mellom tjenester – ved innsettelse, oppfølging og løslatelse?
3. Hvordan sikrer vi en felles forståelse av taushetsplikt som både ivaretar personvern og muliggjør nødvendig og effektivt samarbeid om innsatte med komplekse behov?
4. Hvordan jobber vi med kvalitet og pasientsikkerhet uten tilgjengelige/begrensede indikatorer og styringsdata?
5. Hvordan tar vi i bruk det nye rundskrivet «[Rundskriv om samarbeid med Kriminalomsorgen og Helse- og omsorgstjenesten om innsatte med rusproblemer og/eller psykiske plager og lidelser](#)» i praksis?
6. Har vi tilstrekkelig innsikt i hvordan tjenestene våre i fengsel fungerer i praksis?
7. Har vi tilstrekkelig oversikt over samhandlingsoppgaver og er det rutinebeskrivelser som sikrer tydelig ansvar og god samhandling?
8. Hvordan kan vi lære av alvorlige hendelser – og hvordan omsetter vi læring til konkrete forbedringstiltak?
9. Hvordan kan vi få til en felles hendelsesgjennomgang og sikre læring på tvers av trepartssamarbeidet?

## Spørsmål til refleksjon

Til ledere i kommunen med ansvar for fengselshelsetjenester

1. Hvordan sikrer vi tilstrekkelig innsikt i hvordan tjenestene våre i fengsel fungerer i praksis?
2. Hvordan sikrer vi at fengselshelsetjenesten har tilstrekkelig kompetanse på psykisk helse, rus og fengselsmedisin?
3. Hvordan legger vi til rette for strukturert og forpliktende møtearenaer for samarbeid med kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten?
4. Hvordan sikrer vi at ansatte har rammer til å jobbe systematisk med relasjon, motivasjon og oppfølging?
5. Hvor i oppfølgingen av alvorlig psykisk syke innsatte kan det være fare for pasientsikkerheten?
6. Hvordan sikrer vi strukturert samarbeid med legevakten om rutiner og nødvendig informasjonsdeling rundt helsehjelp utenom fengselshelsetjenestenes åpningstider?
7. Hvordan jobber vi med læring etter alvorlige og uønskede hendelser?
8. Hvordan følger vi opp ansatte som har vært involvert i alvorlige uønskede hendelser?

Les mer fra Ukom på  
[www.ukom.no](http://www.ukom.no)