Våre funn: Ole gikk under radaren og levde i isolasjon



Ukom



HELSEHJELP TIL PERSONER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE OG VOLDSRISIKO

Våre funn: Ole gikk under radaren og levde i isolasjon

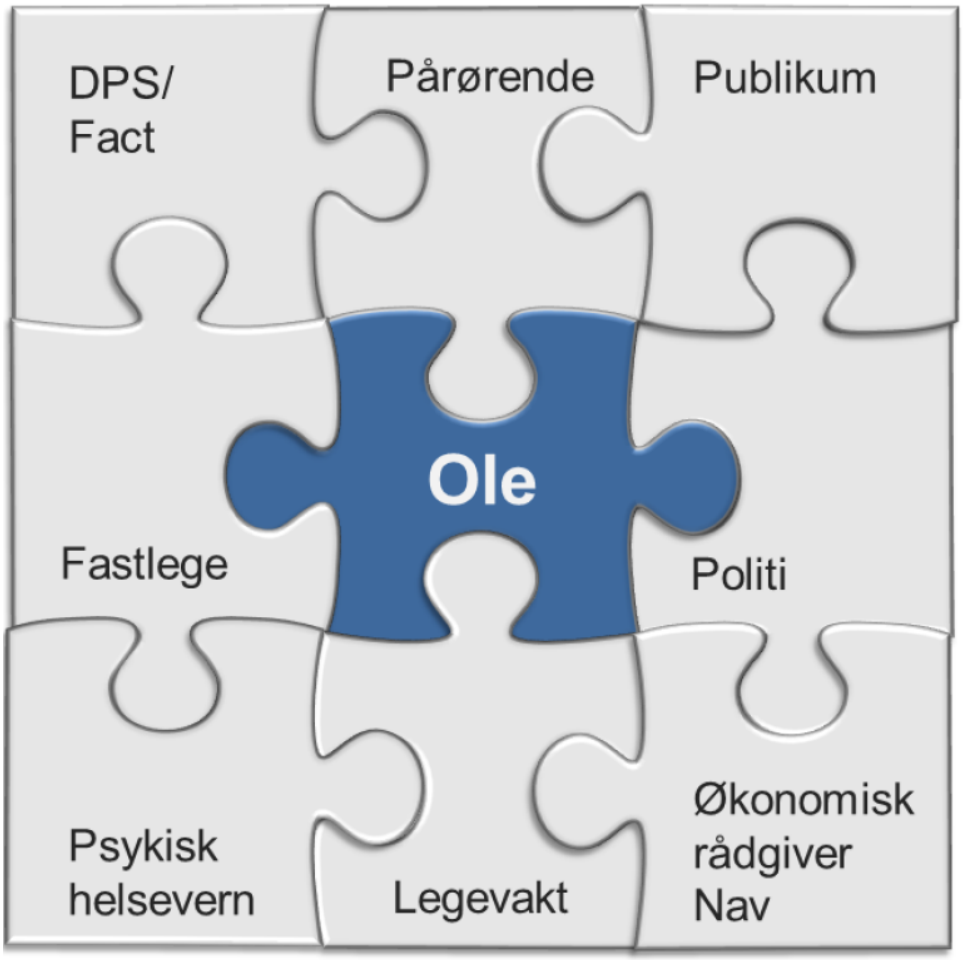
Publisert 26. januar 2023

ISBN 978-82-8465-027-2

«Vi merka etter 2017 at han ble verre og verre. Det har nok noe med besøksforbudene å gjøre, at han mistet kontakten med de siste han hadde i livet sitt. Han må jo ha vært utrolig ensom med sine tanker og vrangforestillinger.»

MOR

I tiden etter 2017 takket Ole nei til all helsehjelp han ble tilbudt, også etter innleggelsen i 2019. Han hadde noe kontakt med fastlegen og var kjent for spesialisthelsetjenesten. Han ble også ved to anledninger vurdert av legevakt. Det var ingen som hadde en samlet oversikt over situasjonen hans og kunne fanget opp funksjonsfall og sykdomsforverring.



Illustrasjon over alle involverte rundt Ole. Alle visste noe, men informasjon om voldsrisiko og helsetilstand nådde ikke de som kunne ta beslutninger for å hjelpe han.

Mangelfull informasjon fører til mangelfullt beslutningsgrunnlag

«Sykehuset sitter på sitt, DPS sitter på sitt, politiet sitter på sitt, vi på vårt og ingen prater sammen. Det er mye vi ikke har fortalt som man ikke forteller med mindre vi blir invitert til det.»

MOR

Informasjon som kunne gitt bedre grunnlag for å forstå Ole, hans fungering og livssituasjon fantes spredt mellom pårørende, helsepersonell, politi og andre. Alle satt på ulike biter av informasjon som samlet kunne hatt betydning for diagnostikk, behandling, valg av støttetiltak, kommunale tiltak, voldsrisikovurderinger og bruk av tvang. Det var lite dialog, lite innhenting og deling av denne informasjonen. De involverte aktørene manglet vesentlig informasjon om Ole da de tok sine beslutninger.

I spesialisthelsetjenesten var behandlere uenige i hvilken diagnose innen psykosespekteret Ole hadde. De vekslet mellom to diagnoser som hadde helt ulike anbefalinger om behandling og

oppfølging. I intervjuer kommer det fram at behandlerne på psykiatrisk avdeling og DPS var klar over at de vurderte Ole ulikt, uten at dette ble avklart dem imellom. Det førte til at helsehjelpen Ole ble tilbudt ikke var tilrettelagt med utgangspunkt i en felles forståelse av symptombilde og oppfølgingsbehov.

Helsetjenesten må innhente og dele informasjon

All helsehjelp skal være forsvarlig (25-27). For å oppfylle kravet til forsvarlighet, må helsepersonell ha et godt beslutningsgrunnlag for kunne å vurdere om og hvilken helsehjelp som skal gis.

Et gjentagende funn i denne og andre undersøkelser Ukom har gjennomført, er at helsepersonell opplever at taushetsplikten hindrer et godt beslutningsgrunnlag. Mange kjenner ikke til, eller er usikre på hvilke muligheter som finnes i lovverket for å dele opplysninger. Vi har i undersøkelsen sett at helsetjenesten i liten grad sjekker ut for eksempel hvordan nærmeste pårørende opplever at pasienten fungerer utenfor institusjon, deres kunnskap om hva som plager pasienten og hva som har hjulpet pasienten tidligere.

Bred tilgang på informasjon og mulighet for å verifisere opplysninger med andre aktører gir helsepersonell et bedre beslutningsgrunnlag. En viss grad av informasjonsdeling er da nødvendig. Samtidig er det å ivareta taushetsplikten vesentlig for å skape tillit og bygge en god behandlingsrelasjon mellom helsepersonell og pasient.

Taushetsplikt

§ 21.Hovedregel om taushetsplikt (25): Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

For å kunne gi forsvarlig helsehjelp er det viktig at taushetsplikten ikke praktiseres så strengt at den hindrer helsepersonell i å dele nødvendig informasjon. Reglene om taushetsplikt gir mulighet for å dele og hente inn opplysninger. Det viktigste grunnlaget er å be om pasientens samtykke til informasjonsdeling. Dersom det ikke er mulig, eller pasienten motsetter seg det, må retten til å gi informasjon vurderes etter unntakene i helsepersonelloven § 23.

Opplysningsrett

§ 23.Begrensninger i taushetsplikten: Taushetsplikten etter § 21 er ikke til hinder for:

1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,

2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,

3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,

4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre,

5. at opplysninger gis videre når helsepersonell gjennom sin yrkesutøvelse har grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig å gi opplysningene videre til Mattilsynet eller politiet eller

6. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forut

Opplysningsplikt

§ 31.Opplysninger til nødetater: Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

Pårørende hadde viktig informasjon om Ole som kunne vært brukt for å vurdere samtykkekompetanse, voldsrisiko, utredning og behandling. Når helsetjenesten ikke tar imot eller aktivt innhenter slik informasjon, innebærer det at grunnlaget for beslutninger blir mangelfullt. Sykehuset skal gjøre pårørende kjent med at de vurderer å etablere tvunget psykisk helsevern. Da åpner lovverket for at helsepersonell skal innhente informasjon fra pårørende.

Politiet hadde også viktig informasjon om Ole som spesialisthelsetjenesten ikke kjente til og ikke etterspurte. Ansatte i politiet forteller i intervju at behandlere noen ganger ber om deler av den informasjonen politiet har, men ikke alltid om alt av relevant informasjon. Behandlere vet ikke alltid hva de skal etterspørre for å få den informasjonen de trenger.

Ansatte i politiet forteller også at helsetjenesten nesten aldri ber om opplysninger fra de rettspsykiatriske erklæringene som er utarbeidet, men behandlere vet ikke nødvendigvis heller at de finnes. Disse erklæringene er ikke skrevet for helsetjenesten, men inneholder ofte verdifulle opplysninger, blant annet om psykose, sykdomsinnsikt og voldshistorikk.

Rettspsykiatrisk erklæring

En rettspsykiatrisk erklæring er en medisinsk vurdering som domstolen har bestilt. Domstolen ønsker å finne ut om siktede kan regnes som strafferettslig tilregnelig på handlingstidspunktet. Retten kan blant annet ønske å finne ut om det er forhold som gjør at vedkommende ikke kan straffes og om det i stedet bør gis en særreaksjon, for eksempel i form av overføring til tvungent psykisk helsevern. Vanligvis oppnevnes to rettspsykiatrisk sakkyndige.

«Jeg har ikke blitt kontaktet noen gang for å gi informasjon om hva vi har observert hos pasienten.»

PÅL GRØNDAHL, PSYKOLOGSPESIALIST OG FORFATTER

Når politiet bringer en pasient som har vist voldelig atferd til psykisk helsevern, vil politiet allerede vite at vedkommende er i kontakt med psykisk helsevern. En forespørsel til politiet om pasientens voldshistorikk eller annen relevant informasjon vil da ikke avsløre sensitiv informasjon. I de tilfellene der politiet ikke har vært involvert i forkant av en innleggelse, kan det være en mulighet for helsepersonell å benytte bestemmelsen i helsepersonelloven § 23 nr. 4 for å innhente informasjon om voldshistorikk.

I denne og andre undersøkelser har vi fått inntrykk av at helsepersonell er opptatt av å behandle pasienter, men ikke har like stor oppmerksomhet på pasientens voldshistorikk. Informasjon om voldshistorikk kan være avgjørende for å sikre helsepersonell et godt beslutningsgrunnlag når de skal vurdere hva som er forsvarlig helsehjelp til pasienten.

Uten dialog med pårørende og andre viktige aktører rundt pasienten blir det vanskelig å forstå sykdomsbildet. Bestemmelsene om taushetsplikten kan være vanskelig tilgjengelige og dermed tolkes for strengt (17). Dette kan føre til at nødvendig informasjon ikke deles med helsepersonell og at pasienten dermed ikke får riktig helsehjelp.

Kommunen trenger informasjon for å følge opp personer med alvorlig psykisk lidelse

«Jeg skjønner det ikke, hvordan han har gått under radaren. Alle vet jo at han er syk.»

MOR



Figur: Stolpediagrammet og figuren viser kontakten Ole hadde med helsetjenesten og politi. Den viser Ole stadig hyppigere i kontakt med politiet de siste årene, mens kontakten med helse- og omsorgstjenesten opphørte.

Den siste gangen Ole ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, sto det i epikrisen at han ble skrevet ut til videre behandling hos fastlegen. Det sto ingenting om hva oppfølgingen burde inneholde. Uten en beskrivelse av oppfølgingsbehov ble det vanskelig for fastlegen å vite hvordan Ole burde følges opp.

Fastlegetjenesten er innrettet slik at det er pasienten selv som har ansvar for å bestille time eller at andre ordner time for pasienten. Dette kan føre til at enkelte pasientgrupper, gjerne de med den største funksjonssvikten, faller utenfor.

Oles økonomirådgiver i Nav kjente ham over flere år. Han var innimellom bekymret og meldte fra til både kommunen og fastlegen. Han var overrasket da han fant ut at Ole ikke mottok helsetjenester i det hele tatt.

Så lenge en pasient ikke mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, får ikke kommunen kjennskap til pasientens sykdom og heller ikke til at pasienten er skrevet ut. Kommunen har ikke oversikt over alvorlig psykisk syke innbyggere som ikke ønsker hjelp eller som det kan være bekymringer rundt. Dersom en person ikke har vedtak om oppfølging i helse- og omsorgstjenesten, har kommunen heller ikke noe sted å registrere bekymringsmeldinger, med mindre den videreformidles til kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen har mulighet til å dokumentere bekymringsmeldingen og kontakte pasientens fastlege.

Både spesialist- og kommunehelsetjenesten har ansvar for å følge opp alvorlig psykisk syke pasienter. Ved utskriving fra psykisk helsevern, må disse tjenestene samarbeide om videre oppfølgingsplan. Spesialisthelsetjenesten må vurdere hva pasienten trenger og samtidig ha kunnskap om hva det er realistisk at kommunen kan følge opp. Når pasienten skrives ut, skal spesialisthelsetjenesten vurdere og dokumentere videre plan for oppfølging av pasienten. Det skal også foreligge en vurdering av funksjonsnivå (28).

«Her må spesialisthelsetjenesten ta ansvar for utskrivningsklare pasienter og ikke overlate dem til kommunehelsetjenesten»

RANDI ROSENQVIST, RETTSPSYKIATER OG FORFATTER

Det blir utfordrende å klare å ta godt nok vare på denne pasientgruppen i dagens to-nivå system (spesialist- og primærhelsetjenesten). De har behov for et integrert behandlingstilbud hvor primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gir sømløse tjenester sammen, integrerte tjenester. FACT er et eksempel på en slik organisering av tjenestene. Kommunene er ulike i størrelse og organisering og vil derfor ha ulikt utgangspunkt for å delta i en integrert tjeneste. Det er derfor nødvendig med en likere organisering eller innretning av tilbudet til denne pasientgruppen, men dette kan komme i konflikt med kommunenes selvråderett. Parallelle og sekvensielle tilbud bør i størst mulig grad unngås. Denne pasientgruppen trenger en gjennomgående nasjonal løsning der de får oppfølging i team og hvor det jobbes samtidig mellom nivåene.

«Hadde vi hatt en allmennpsykiatrisk døgnavdeling som kunne ha pasienten over tid, slik at man ble kjent i starten, ville det vært mye enklere å overføre pasienten til bydelen eller kommunehelsetjenesten. Da kunne vi satt i gang god medisinering og fått en god allianse fra starten. I dag har vi lagt ned mange døgnplasser. Poliklinisk behandling gjør mange pasienter sårbare. Døgnbehandling er mye dyrere, men kunne trygget pasienten mens medisineringen ble trappet opp.»

SEKSJONSLEDER REGIONAL SIKKERHETSAVDELING

Behov for FACT-team

FACT-team kan være godt egnet til å ivareta denne pasientgruppen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det forutsetter at tilbudet fungerer etter intensjonen.

Da Ole var i kontakt med FACT-team etter utskriving i 2019, takket han nei til behandling der. Det ble ikke lagt noen plan for videre oppfølging. FACT-håndboken (29) anbefaler avstandskontakt og at det blir gjort løpende vurdering av risiko når FACT-teamet er bekymret for en pasient som selv avslutter kontakten. I intervjuer med ansatte på DPS kom det fram at arbeidsformen i FACT-teamet ikke var like etablert den gang som i dag.

I FACT-håndboken heter det:

> «Dersom det ikke er mulig å oppnå betryggende avtaler med pasienten, og teamet er reelt bekymret for pasienten dersom vedkommende avslutter, brukes en bestemt form for oppsøkende virksomhet. Her blir det primært lagt vekt på å holde avstandskontakt, være

tilgjengelig og det blir gjort løpende vurdering av risiko. Hvis det er tegn på tilbakefall, pasienten er medtatt, eller det rapporteres om ordensforstyrrelser eller om fare for pasientens eller andres liv, vil en gå aktivt inn. Dersom trussel- og farevurderingene tilsier det, kan bruk av tvang være nødvendig» (29).

FACT-teamet kan kontaktes uten henvisning. Det betyr at flere aktører, også utenfor helsetjenesten, kan henvende seg dit.

Uten FACT-team er det mer krevende å ha tilgang til samme informasjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har sett at det etableres noen møtearenaer mellom etater. Det er likevel få slike møteplasser hvor nødvendig informasjon om enkeltpersoner kan deles og dokumenteres. Det skyldes hensynet til personvernet.

På landsbasis er det stor variasjon hvordan FACT-team er bygd opp og organisert. Kommunene er ulikt organisert, dimensjonert og finansiert inn i FACT-teamene. En studie (30) viser at det er betydelige forskjeller i den kommunale helsetjenesten i antall årsverk sett opp mot antall pasienter. Studien konkluderer med at styrking av helsepersonell i psykisk helsetjeneste og fastleger både reduserer antall tvangsinnleggelser og øker kvaliteten i kommunale psykiske helsetjenester.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko følges opp i de lokale FACT-teamene. Det første FACT-sikkerhetsteamet i Norge ble etablert i 2021 og ble lagt til en sikkerhetspost. Dette teamet følger opp de lokale FACT-teamene i sin helseregion. Mellom de to nivåene i helsetjenesten vil en slik organisering kunne bidra til en bedre oppfølging av denne målgruppen.

Politiet sitter på viktig informasjon

Politiregisterloven § 30 (46) gir politiet mulighet til å dele opplysninger med helsetjenesten, slik at helsetjenesten kan vurdere behovet for helsehjelp, samtykkekompetanse og ta stilling til farevilkåret.
Politiet hadde hyppig kontakt med Ole i den perioden han sto uten helsetjenester. Politiet henla flere straffesaker mot ham. Noen ganger opprettet de ikke sak fordi de antok at han ikke var strafferettslig tilregnelig på grunn av psykisk lidelse.

For å avklare tilregnelighet, kan politiet innhente en foreløpig rettspsykiatrisk erklæring. På nyåret 2020 mottok politiet en slik vurdering av Oles strafferettslige tilregnelighet. I den foreløpige rettspsykiatriske erklæringen, beskriver den sakkyndige at Ole har et klinisk bilde som er forenlig med at han kan ha ubehandlet alvorlig psykisk lidelse. Han ble vurdert som psykotisk og uten sykdomsinnsikt. På dette tidspunktet hadde Ole åpenbart behov for helsehjelp, men denne informasjonen hadde ikke helsetjenesten. Dermed ble ikke helsetilstanden hans vurdert på ny.
For å ivareta pasienten, er det viktig å sikre at slik informasjonen kommer til helsetjenesten.

Rettspsykiatrisk undersøkelse

En rettspsykiatrisk undersøkelse er en medisinsk vurdering som domstolen har bestilt. Domstolen ønsker å finne ut om siktede var strafferettslig ansvarlig (tilregnelig) på handlingstidspunktet (31). Er det tvil om det er nødvendig med rettspsykiatrisk undersøkelse, kan påtalemyndigheten eller retten beslutte å innhente en foreløpig erklæring fra en sakkyndig til veiledning om dette., jf. straffeprosessloven § 165, 4. ledd.

I 2020 fremstilte politiet Ole for legevakten. Legevaktlegen vurderte at det ikke var grunnlag for å begjære tvungen legeundersøkelse. Samtidig som han var på legevakten, beslagla politiet våpen fra Oles bopel. Politiet satt dermed på opplysninger som kunne bidratt til at legevakten fikk et bedre beslutningsgrunnlag.

Politiet har myndighet til å fremme begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Opplysninger fra politiet vil da følge med pasienten, jf. psykisk helsevernloven § 3-6 (15 ,32). I Ukoms rapport «Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?» fra 2021 (33), var informasjonsutvekslingen mellom politiet og helsetjenesten et sentralt tema. Vi kom da med en anbefaling om å ta i bruk denne paragrafen politiet får kjennskap til at en person har psykose og voldsproblemer. Det vil gi politiet rett til å få opplysninger, og gir dem uttale- og klagerett knyttet til innleggelse og utskriving av pasienten. Helsevesenet på sin side får viktig informasjon om vold og trusler fra politiet. På denne måten kan samhandlingen mellom politi og helsevesen bli bedre og føre til bedre helsehjelp for pasienten.

I denne saken satt begge instanser på separate opplysninger som samlet kunne gitt et godt bilde av Oles hjelpebehov. Politiet vurderte han som for syk for straff, og helsetjenesten vurderte at det ikke var grunnlag for bruk av tvang.

«Det finnes ikke personer som er for syke for straff og for friske for behandling, da må minst en av vurderingene være feil.»

RANDI ROSENQVIST, RETTSPSYKIATER OG FORFATTER – OM PASIENTER SOM HAR UTØVD VOLD

Besøksforbudet gjorde at Ole mistet kontakten med de som skulle fange han opp

«...så fikk jeg besøksforbud, men det var ikke den hjelpen jeg trengte da.»

OLE

Ole fikk flere besøksforbud, blant annet overfor foreldrene. Når han ikke lenger kunne ha kontakt med dem, var de bekymret for at han ble enda mer isolert. Av erfaring visste foreldrene at besøksforbudet ville føre til at den psykiske helsen hans ville bli dårligere og at ingen da ville fange dette opp. Samtidig hadde de selv behov for å bli beskyttet mot den truende atferden hans.

At Ole stadig fikk besøksforbud, ble ikke satt i sammenheng med at dette kunne være et tegn på funksjonsfall og økt behov for helsehjelp. Helse- og omsorgstjenesten hadde imidlertid ikke informasjon om Oles gjentatte besøksforbud. Når en antatt psykisk syk person ilegges besøksforbud, kan det være nødvendig at politiet kontakter helse- og omsorgstjenesten for å sikre at personens helsetilstand blir vurdert. Kommuneoverlegen kan være rett mottaker av en slik henvendelse.

«Jeg var jo bare i min egen boble og rusa meg og drakk alkohol og spiste dårlig med mat»

OLE, OM PERIODEN FØR TVANGSINNLEGGELSE TIDLIG I SYKDOMSFORLØPET

Ole sier at han tror at rusmisbruket i ungdomsårene er en viktig grunn til at han ble syk. I store deler av sykdomsperioden var han avhengig av ulike rusmidler samtidig som han hadde en alvorlig psykisk lidelse med psykoser. Ved innleggelser til tvungent psykisk helsevern ønsket han som regel ikke videre opphold og behandling når kriteriene for tvang opphørte. Kommunen hjalp ham ved flere anledninger med kommunal bolig.

Tidlig i sykdomsforløpet hadde han et lengre opphold på til sammen ett år ved to ulike sykehus. Han forteller at det var til stor hjelp å være der:

«Jeg kom bort fra kompisene som rusa seg, fikk være i et annet miljø. Det hjalp meg veldig.»

OLE

Etter at han ble skrevet ut fra dette oppholdet, fungerte han bedre i hverdagen. Problemet var at han igjen kom i kontakt med rusmiljøet. Det skjedde etter at han ble bosatt sammen med andre som ruset seg. Dette opplevde han som utrygt. På eget initiativ flyttet han etter hvert, men det var en belastning stadig å flytte. Samtidig var det urolig å bo sammen med andre som ruset seg.

Det var vanskelig for behandlingsapparatet å komme i posisjon til å hjelpe Ole siden han ikke ønsket hjelp. Tidlig i sykdomsforløpet hadde han et tydelig funksjonsfall knyttet til rus og psykose. Han ble på denne tiden diagnostisert med en grunnleggende psykoselidelse og omfattende blandingsmisbruk. Det kommer ikke fram om Oles behandlere vurderte samtidig og integrert behandling for begge disse lidelsene. Ole ble etter noen år rusfri på egen hånd. Da hadde han falt ut av de aller fleste hjelpetiltak.

Med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 er det mulig å holde en pasient med omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk tilbake i institusjon på tvang. Pasienten kan da, mot sin vilje, holdes tilbake i inntil tre måneder. Målet vil være at pasienten, gjennom et rusfritt opphold, selv skal kunne velge videre behandling og rehabilitering. Det vil og kunne gi forutsetning for å skape gode relasjoner mellom pasient og helsetjeneste. I etterkant av oppholdet kan pasienten i tillegg få bedre forutsetninger for å velge frivillig behandling. Et viktig formål er at pasienten skal få en positiv innstilling til videre behandling (34).

§ 10-2 i helse- og omsorgstjenesteloven

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, … for undersøkelse og tilrettelegging for behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Jf. § 10-2 i helse- og omsorgstjenesteloven (27).

Bestemmelsen gir også mulighet for å observere pasienten over tid for å se varigheten av symptomer på psykose etter at rusen er ute av kroppen. Uten denne anledningen til å holde pasienten tilbake er det i praksis vanskelig å avklare om en psykose er rusutløst eller ikke. Det er formålstjenlig å samarbeide med fastlegen ved bruk av tilbakeholdelse og tvang (34).

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924