



Tynset 19.januar 2022

Innspill til revidering av rundskriv om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) takker for muligheten til å komme med innspill til revidering av rundskrivet om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Våre innspill bygger på muntlig diskusjon i vårt styremøte 11.januar. Vi velger å svare direkte på noen av spørsmålene som stilles ut fra våre erfaringer.

"Helsedirektoratet skal, sammen med Politidirektoratet, revidere rundskriv IS 5/2012 Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Direktoratene skal i denne forbindelse kartlegge hvordan helsetjenesten og politiet vurderer at dagens samarbeid fungerer. De samarbeidsproblemer og uklarerheter som eventuelt avdekkes, må søkes avklart og løst i et revidert rundskriv. Det er behov for presiseringer og eksempler på når helsetjenesten alene kan transportere/ håndtere pasienter, og når det er behov for politi. Eksempler på god praksis og godt samarbeid bør beskrives, og det bør vedlegges et eksempel på en lokal samarbeidsavtale. Det må vurderes om rundskrivet skal gjøres diagnosenøytralt."

I dagens rundskriv står følgende på s. 4: **"Politiets bistandsplikt ved tvungent psykisk helsevern: Det er et krav i henhold til ovennevnte bestemmelser at bistand fra politiet må være nødvendig. Det er helsetjenesten, ved "ansvarshavende helsepersonell", som vurderer om bistand fra politiet er nødvendig."**

1. Hvem foretar slike nødvendighetsvurderinger i dag?

Både legevaktlege, fastlege og AMK gjør nødvendighetsvurderingen.

I akutt situasjoner kan også hjelpepersonell måtte tilkalle politi. En indikasjon på fordelingen kan være en kartlegging gjort ved en stor akuttpsykiatrisk avdeling: 40% av innleggelsene gikk via legevakt, 6 % via fastlege og resten fra forskjellige deler av spesialisthelsetjenesten.

2. Kommer alltid politiet når helsetjenesten vurderer dette som nødvendig? Hvis ikke, hva er begrunnelsen fra politiet?

Her har vi veldig ulike erfaringer. Om politiet alltid kommer avhenger av geografi, tradisjon, kapasitet, type oppdrag, om de har kolliderende oppdrag og hvor lang avstand det er til nærmeste patrulje. «Nær-politi»-reformen har medført at mange kommuner har lang avstand til nærmeste lensmannskontor og dermed kan det ta lang tid før politiet er på stedet om de har kapasitet til å bistå.

Vår erfaring er at det er vanskeligere å få koordinert bistand til utrykning til hjem enn til helseinstitusjon/legevakt/legekontor. Ofte er det lettere å få bistand ved pågående utagering enn ved f.eks transportoppdrag truende situasjon.

Noen ganger får vi svar som «ring hvis det skjer noe, da kommer vi». Hvis det er gjort en nødvendighetsvurdering av behov for bistand gjelder denne også før det har skjedd en hendelse. Ett spørsmål er om politiets oppdrag skal være å beskytte helsepersonell, pasienten eller andre?

Noen ganger bringer politiet pasienten inn til legeundersøkelse (legevakt) og forlater pasienten, selv om det er en utagerende/ustabil/ruset pasient. Helsepersonell er også bekymret for egen sikkerhet og det bør vektlegges når behovet for bistand vurderes.

3. Er det helse eller politi som bør ta den endelige beslutningen om når politibistand er nødvendig?

Hvis rundskrivet er tydeligere på i hvilke situasjoner politiet skal bistå vil samarbeidet bli lettere. Det er vanskelig for helse å overprøve politiets prioritering og vi ser at det kan være situasjoner med mangel på personell/samtidighetskonflikter som gjør at endelig beslutning må tas av de som rår over ressursene.

4. Eksempler på utfordringer i samarbeidet med politiet:

Noen opplever svært byråkratiske løsninger for å kunne få bistand. Noen steder må det først tas kontakt med operasjonssentral, deretter sendes en mail eller fax med bekreftelse på oppdrag på et eget skjema og deretter må avgjørelse avventes. Et rundskriv bør beskrive bedre hvordan oppdrag skal meldes og hvilke opplysninger politiet har behov for fra helse for å ta stilling til oppdraget. Det bør ikke være skjemasbasert. Vår erfaring er at direkte telefonkommunikasjon fungerer bedre enn skriftlige beskrivelser. Det er ofte hastesituasjoner og helsepersonellens ressurser trengs også til annet enn da til å ivareta pasienten, ikke å fylle ut skjema eller gi lange skriftlige beskrivelser. Legeforeningen mener at all øyeblikkelig hjelp må unntas krav om skriftlig rekvirering.

Det forekommer fortsatt situasjoner der politi ønsker helseopplysninger som helsepersonell anser at de ikke kan gi ut. Slike utfordringer skyldes ofte mangelfull kunnskap om etatenes hjemler for utveksling av informasjon.

Noen ganger får vi som leger spørsmål fra politiet om vi tar den økonomiske risikoen hvis politiet må slå inn en dør eller gjøre annet for å kunne bistå. Det må tydeliggjøres at dette ikke er det enkelte helsepersonells ansvar, ansvaret må eventuelt tillegges helseforetaket eller kommunen.

5. Hvordan vurderes politiets kompetanse til å håndtere personer med psykisk lidelse ved bistandsoppdrag?

Vi har ofte en helt ulik tilnærming til personer med psykisk lidelse. Vi har tro på at økt kunnskap vil gi bedre håndtering både hos helsepersonell og politi.

6. Benytter helsetjenesten og politi felles verktøy i samarbeidet, for eks. Brøset Violence checklist ved vurdering av voldsrisiko?

På fastlegekontor og i legevakt brukes stort sett ikke Brøset Violence checklist (BVC). Vi har ikke erfaring med å fylle ut denne og mener vi får samme informasjon med å gjøre vurderingene uten å fylle de ut i et skjema. Vi stiller spørsmål med om BVC er

validert for bruk i allmennmedisin. Vi kjenner ofte pasientene og mener vår vurdering ut fra det bør tillegges stor vekt.

I BVC inngår seks punkt, hvor hvert punkt gir 0 eller 1 i skår:

- (Mer) forvirret
- (Mer) irritabel
- (Mer) brautende atferd
- (Oftere) fysiske trusler
- (Oftere) verbale trusler
- (Oftere) slag, spark etc. Mot inventar

Dette er punkt vi vurderer uten av vi som regel formaliserer det i en sjekklister.

Vi er kjent med Helsedirektoratets faglige råd for voldsriskoutredning ved alvorlige hendelser

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsriskoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/verktoy-for-innledende-kartlegging-av-voldsrisiko/bvc-broset-violence-checklist>

Alle legevaktleger og alt personell på legevakt skal ha tatt kurs i volds- og overgrepshåndtering jf akuttmedisinforskriften. Voldsriskovurdering inngår som en stor del av dette kurset og gjenfinnes i Legevakthåndboken.

7. Er det rutiner for å prioritere pasienter som kommer i følge med politi?

Vår erfaring er at pasienter som kommer i følge med politiet alltid blir prioritert. Samtidigetskonflikter kan likevel gjøre at politiet noen ganger må vente. Politiet kan også oppleve at det tar tid før legen har avklart videre tiltak, særlig kan det være tidkrevende å arrangere innleggelse og transport til psykiatrisk sykehus.

8. I hvilke situasjoner blir politiet mest brukt i dag?

Transport av utagerende/truende/forvirrede personer til akutt legeundersøkelse for å avklare om det foreligger psykisk sykdom, somatisk sykdom eller rusutløst utagering som krever medisinsk behandling. Henvendelsen kan like gjerne komme fra en person utenfor helsetjenesten.

Følge ved akuttinnleggelse fra legeundersøkelsesstedet til akuttavdeling (psykiatri og iblant somatikk). De fleste steder benyttes politiet ikke rutinemessig ved tvangsinnleggelser, men det gjøres en konkret vurdering av behovet i hvert tilfelle. Politiet kontaktes hvis pasienten utagerer, truer med utagering/vold, nekter fysisk å bli med helsepersonellet eller viser stor ambivalens og fluktrisiko ansees uakseptabel. Pasientens tidligere historikk kan påvirke vurderingen.

9. Brukes politi til å håndtere utagerende pasienter i institusjon/poliklinikk? I hvilke situasjoner og på hvilken type avdeling i tilfelle?

Politiassistanse er regelmessig nødvendig pga voldsutøvelse i legevakter. Noen større legevakter har egen vektertjeneste, men også disse legevakten har regelmessig behov for politiassistanse i tillegg.

10. Har det vært en økning i behov for bistand fra politiet de siste årene? Hvis ja, hvorfor? Har endret organisering av politidistrikter påvirket dette?

Mange arbeidsplasser rapporterer om økende forekomst av vold mot helsepersonell. De senere år er slik vold nærmere kartlagt også utenfor institusjon, bl.a. av Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956482/>.

I Oslo økte antall pasienter innbragt av politi til allmennlegevakt med 23% i perioden fra 2015 til 2020, fra 1250 til 1550 pasienter per år. Disse pasientene utgjorde henholdsvis 0,9 % og 1,5 % av allmennlegevaktkonsultasjonene i hovedstaden. I samme periode økte andelen pasienter som ankom i ambulanse med 45% (fra 10 % i 2015 til 14,5 % i 2020).

11. Hva skulle til for at helsetjenesten selv kunne håndtert flere situasjoner?

Noen legevakter har god erfaring med kurs fra politiet med tips til hvordan truende situasjoner best kan løses.

Det er allerede innført tiltak, bl.a med obligatorisk kurs i voldshåndtering for alt legevaktpersonell. Kurset i voldshåndtering kan gjerne revideres også sammen med politikompetanse. Vi er som helsepersonell ikke trent eller utdannet til det som er politiets kompetanse. Vi kan samarbeide bedre, men ikke overta hverandres oppgaver. Det er også viktig at lokalene er bygd slik at det blir lettere å forlate truende situasjoner. Det er mange eksempler på legekantor hvor pasienten blir sittende mellom legen og døra.

Tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre undersøkelse, behandling og innleggelse uten forsinkelser er et viktig risikoreduserende tiltak.

12. I hvilken grad utøves fysisk makt (med hjemmel i nødrett) av helsepersonell utenfor institusjon i dag? Eksempler? Omfang?

Det er ganske vanlig at pasienter må holdes tilbake på venterom/behandlingsrom en kort periode inntil det er gjort vurdering av lege om det er grunnlag for tvangstiltak. Slikt tilbakehold besluttet i praksis av hjelpepersonell/veker i dialog med lege i påvente av legeundersøkelse/legens beslutning. Behovet oppstår ofte i uklare situasjoner der pasienter kan fremstå utagerende, ruset eller tildekkende og personell eller pårørende frykter alvorlig sinnslidelse, selvmordsfare, somatisk forvirringstilstand m.v. Det er ofte ikke gjort formelt vedtak om tvungen undersøkelse. Pasienten kan møte selv, med pårørende eller annen instans. Som hjemmelsgrunnlag vises gjerne til nødrett og undersøkelsesplikten ved øyeblikkelig hjelp (helsepersonelloven §7). Bruken av fysisk makt vil vare til pasienten roer seg eller lege (eventuelt etter konferering med spesialisthelsetjenesten), avklarer hjemmelsgrunnlag for eventuell videre tvang.

13. Er det ønskelig med hjemmel for helsepersonell, utover nødrett, for å anvende fysisk tvang utenfor institusjon? (for eksempel transportbelter). Vil det være en bedre løsning for pasienten enn bruk av politi?

Nei, men en tydeliggjøring av hjemmelsgrunnlag i situasjonen beskrevet over ville vært ønskelig.

14. Vil det kunne skade pasientens tillitsforhold til helsetjenesten (vil særlig gjelde ambulansetjenesten) dersom helsepersonellet selv baner seg adgang og utøver fysisk makt når pasient skal transporteres for tvangsbehandling?

Ja.

15. Benyttes vektertjeneste eller annet spesialutdannet personell (f.eks fra psykiatriambulanse) på legevakt, i institusjon, ved ambulansetrykning eller ved overflytning av pasienter mellom institusjoner?

Vekttere benyttes i noen legevakter. Enkelte byer bruker helsepersonell som følger ved innleggelse, men disse utøver ikke makt.

16. Savner dere noen temaer som bør inkluderes i et revidert rundskriv?

17. Eksempler på godt samarbeid. Tips oss gjerne om gode samarbeidsavtaler/ gode rutiner på lokalt samarbeid.

Vi har stor tro på lokalt samarbeid for å ha bedre kjennskap til hverandre og rutiner. Ved å samtrene, f.eks på håndtering av akuttmedisinske hendelser samarbeider vi bedre. Vi møter ofte politiet på skadested.

Vi kan gjerne få en praktisk veiledning på godt hvordan etablere godt samarbeid.

18. Annet?

Vi forholder oss til svært mange retningslinjer og rundskriv. Det er ikke enkelt å holde seg oppdatert på alle og ved endringer er det viktig at det er en god plan for implementering.

Når økonomiske forhold senere skal tas opp må man vurdere en rekke forskjellige aspekter, herunder

- hvilke typer oppdrag politiet eventuelt kan fakturere for
- definisjon av akuttoppdrag (som må håndteres muntlig) og planlagte oppdrag
- kostnader knyttet til å bane seg inn i boliger og tilsvarende der man tror det kan befinne seg en person med behov for akutt somatisk eller psykiatrisk hjelp
- presisering av hvem som er pliktsubjektet, og at dette ikke er det individuelle helsepersonell eller legekantor

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen
leder

Jon Ørstavik
sekretariatsleder