

Til:

- Helsedirektoratet



Oslo, 14. februar 2022

Ref.: 40/22/AFJ/ph

Innspill til revidering av rundskriv for helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke.

Norsk Psykologforening takker for invitasjon til å gi innspill ved revidering av rundskriv for helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke.

Det er positivt at problemstillinger knyttet an til helsepersonells bruk av tvang og makt oppdateres. Det er fare for at utglidning av bruk av makt kan få store konsekvenser og undergrave befolkningens tillit til helsepersonell som hjelpere. Ordensmakt og tvunget helsevern bør være tydelig adskilt på en slik måte at det ikke oppstår forventninger eller utrygghet om at helsepersonell skal eller kan ta ad hoc avgjørelser om maktbruk utenfor helsetjenestene.

Psykologforeningen er bekymret for en utgliding av oppgaver mellom politi, vektere og helsepersonell og understreker behovet for tydelig adskilte roller i helsetjenesten. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse trenger trygghet og tydelighet på at man blir ivaretatt av helsepersonell også i situasjoner hvor man mister kontroll over egen atferd. Også ivaretagelse av ansattes sikkerhet og trygghet er viktig.

I en utvikling mot diagnosenøytrale beskrivelser av sykdom/funksjonsnedsettelse i regelverk om bruk av tvang, vil Norsk Psykologforening støtte at rundskrivet utformes diagnosenøytralt. Det avgjørende er om grunnlaget for å gripe inn er nedsatt helse- eller funksjon med følger av en viss alvorlighet, og at man sikrer borgerne en lik rett til og vern om egen helse og sikkerhet. Samt at man stoppes fra å foreta volds-handlinger og lignende som er utløst av sykdom/funksjonssvikt.

Selv om det som hovedregel er god praksis at helsepersonell følger pasienter ved innleggelse, vil det kunne være situasjoner eller episoder der dette ikke lar seg gjennomføre. Psykologforeningen mener en videre utvikling av oppsøkende tjenester, slik som akuttambulante team og FACT/ACT team er et sentralt grep for og fortsatt styrke samhandlingen mellom ulike sektorer og tidligere forebygging av behov for bruk av tvangsmidler.

I det videre følger en sammenfatning av direkte innspill fra tillitsvalgte og medlemmer fra ulike geografiske områder og ulike tjenestesteder og nivåer i psykisk helsevern. Innspillene tegner en betydelig variasjon når det gjelder erfaringer om ansvar og samarbeid mellom politi og helse. Alt fra godt fungerende samarbeid til utfordringer som kan sies å gå utover kvalitet og pasientsikkerhet.

1. Hvem foretar slike nødvendighetsvurderinger i dag?

Nødvendige vurderinger gjøres av helsepersonell som står i situasjonen, som regel spesialist eller vakthavende. Om det dreier seg om innleggelse, kan det være henviser. Dersom det oppstår hendelser under en innleggelse, er det sengepost som vurderer dette.

Flere svarer at politiet deretter vurderer selv om de bistår.

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

En del opplever at politi alltid stiller opp. Likevel melder også noen at selv om vedtaksansvarlig har vurdert at det er behov, bistår ikke politiet dersom de er uenig i vurderingen.

Politiet bistår ofte når pasienten rømmer.

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

Psykologforeningen mener at behandlere som står i selve situasjonen, bør ta den endelige beslutningen.

Våre medlemmer mener at det fungerer godt at helsepersonell tar beslutningen om hvorvidt politibistand er nødvendig. Dette gjelder både pasienter man kjenner godt, og nye pasienter. Psykisk helsevern har bedre informasjon og mer erfaring enn politiet til å gjøre slike vurderinger som ofte er de basert på risikovurderinger for vold/suicid begrunnet i psykisk lidelse.

En utfordring som nevnes er at utydelig kommunikasjon fra helsetjenesten hindrer klare forventninger om samarbeid og behov for bistand.

Politiet må ha tillit til at helsetjenesten har gjort en god vurdering. Men også at helsepersonell har en god dialog med og kjennskap til hva politi kan bidra med.

4. Eksempler på utfordringer i samarbeidet med politiet.

Selv om det ofte kan være god praksis at helsepersonell følger pasienter ved innleggelse, vil det kunne være situasjoner eller episoder der dette ikke lar seg gjennomføre. Noen steder meldes det om at politi krever at helsepersonell - for eksempel vakthavende eller kollegaer som har ansvar på døgnavdeling må legge fra seg andre arbeidsoppgaver for å være med på transport, eller insisterer på fysisk møte opp på politistasjon for å etterlyse rømte pasienter.

En annen viktig utfordring er dialog politi- helse. Politiet sitter gjerne på omfattende informasjon om voldsrisiko som ikke er tilgjengelig for helse. Ett medlem skriver: «Vi blir sjeldent kontaktet av dem om slike forhold, og deres mulighet til å begjære pas innlagt på TPH blir sjeldent benyttet. Det viktigste er egentlig at vi sjelden blir kontaktet når vi har felles forløp «politi» - «helse», typ det som i avisene blir omtalt som «tikkende bomber». Det skjer ofte en rekke episoder ute i samfunnet, alvorlige vold og trusselsituasjonen mot helsepersonell i kommunen hvor politi er involvert - vold og trusler mot naboer/butikker osv».

Noen melder utfordringer knyttet opp mot taushetsplikt, og liten forståelse fra politi om at helsetjenesten ikke kan dele alle opplysninger. Samt at politiet kan ha forventninger om å at helsepersonell skal ta i bruk tvangstiltak (f.eks. beslag av telefon, ransaking osv) og forventninger om tvangsinnleggelse i tilfeller det ikke er helsefaglig grunnlag for det. «Videre at det kan fremstå som om det er tilfeldig og ulik terskel for hvor mye tvang politiet praktiserer for innleggelse av pasienter som kommer inn i like situasjoner. Noen ganger kommer pasienten fastholdt eller med håndjern og andre ganger uten noe av dette i situasjoner som ser ganske like ut».

Andre steder mener psykologene at samarbeidet fungerer fint, men at vansker kan skyldes utydelig kommunikasjon fra helsetjenesten – for eksempel ikke tydelig nok fått frem alvorligheten eller hastegrad.

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

Psykologforeningen har fått ulike innspill fra varierende og personavhengig til *god kompetanse*.. I samarbeid med ett FACT tema berømmes politiet med det at de «*fremstår ...rolige og klarer ofte å de eskalere situasjoner. Viser ofte kunnskap og forståelse for pasientenes lidelser*».

En tilbakemelding er at politiet selv melder at de opplever å mangel kompetanse når det gjelder å møte og håndtere personer med alvorlig psykisk lidelse/rop-lidelse. Medlemmer ved ett DPS melder bekymring hva gjelder innbygger som er vurdert som strafferettslig utilregnelig. «*Her er det mye ugreit som skjer, mange saker med ordensforstyrrelser, bråk, vold og trusler som ender opp i en skuff. Pas blir kjørt til legevakt og inn på akuttmottak, gjerne ut neste dag. Igjen er det her ikke godt nok samarbeid, det bygger seg opp med gradvis økt risiko over tid. Helse har ikke tilgang til politiets opplysninger og alle andre episoder der ute i samfunnet, som ville satt både risiko og forebyggende tiltak i et annet lys. En annen gjenganger er politiets kunnskap på § 2.1 vs TPH, og dette har i perioder bidratt til mange ekstra telefoner og styr fordi de ikke skjønner behov for uavhengig legevurdering og bistand*».

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

Ingen av våre informanter kjenner til felles bruk av verktøy, det er kun er helse som benytter dette.

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

Mens en (akuttavdeling) melder at de konsekvent prioriterer etter alvorlighet og hastegrad, ikke hvem som følger pasienten, svarer andre at pasienter som kommer med politiet, alltid blir prioritert og tatt imot omgående.

8 I hvilke situasjoner blir politiet mest brukt i dag?

Ved alvorlig vold og utagering, både ved poliklinikk og inne på døgnavdeling, samt overføring til lukket post og bistand ute ved ambulant virksomhet, planlagt og akutt.

Tvang uten døgnopphold (TUD), og utagering i forbindelse med rus og psykisk lidelse. Ved gjennomføring av velferdssjekk og bistandsanmodning. Transport der pasienter motsetter seg innleggelse og der foreldre eller psykiatriambulansene ikke får med seg pasienten. Ved etterlysning og når pasienter rømmer fra sengepost og en ikke lykkes i å spore dem opp.

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

Politi brukes ved svært alvorlig utageringer, for eksempel med våpen/kniv. Eller dersom en har en svært utagerende pasient og sengeposten ikke har kapasitet til å håndtere pasienten like etter ankomst. Da brukes politi under korte tidsrom og kan forlate posten i løpet av noen timer. Politi brukes også i poliklinikk dersom pasienter lager bråk på behandler- eller venterom. Ved FACT som jobber mest ambulant, men det kan være behov for eksempel ved utagering på kontoret eller andre akutte situasjoner

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

Her er våre medlemmer delt, mens flere antar slik økning og begrunner dette i flere pasienter på dom og færre døgnplasser, er andre tvilende:

«Har ikke inntrykk av at det er en generell økning. Gjennom FACT-arbeid kan behov for politibistand reduseres, fordi man kjenner pasienten godt og kan forebygge/lage avtaler før situasjonene oppstår».

«Usikker – om man her refererer til politiets tilbakemeldinger om «psykiatrioppdrag». Det er også mange hendelser som ikke er initiert av helse, men hvor politiet kommer på selvstendig grunnlag. Politiet er blitt mer bevisst på å definere og registrere».

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

Her meldes høyere grunnbemanning, bedre utbygget akutte ambulante tjenester. Mer kompetanse og sengeplasser.

«I noen situasjoner vil økt kompetanse blant behandlerne bidra til å roe ned situasjoner som fort kan eskalere. I tillegg vil strukturelle forhold spille en stor rolle, slik som ambulans oppfølging, tid til å bygge tillit til vedkommende, god relasjon til pårørende og naboer, mulighet til å komme tidlig inn, jobbe forebyggende, høy grad av brukermedvirkning, kriseplan i samarbeid med pasient og pårørende, rutiner, opplæring og trening i voldsrisikovurdering og –håndtering, tillitsbasert ledelse, fleksibilitet, nok tid, trygghet på at politiet kommer raskt til når man først kontakter dem.

Det er usikkert om det ville ha redusert bruk av politi, men det ville vært gunstig om helsepersonell i større grad kunne reist ut for å gjøre vurderinger av pasienter før innleggelse. Det er mulig at noen innleggelse da kunne blitt planlagt uten bruk av politi. Dersom det ikke reduserer behov for bruk av politi er det sannsynlig at dette ville være nyttig for å planlegge og gi politiet bedre vurderinger av hva som er nødvendig bistand».

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

Samlet tilbakemelding er at fysisk makt utøves svært sjelden.

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

Nei, det vil ikke være en god løsning. En slik hjemmel vil medføre ett brudd på prinsipp om at tvang kun brukes når man er uomtvistelig nødt til dette for å hindre skade på seg selv eller andre, eller avverge betydelige materiell skade.

Det kunne bli vanskelig å ha tillit til helsepersonell. Nye ønskede behandlingstilbud som FACT eller andre oppsøkende og hjemmebaserte tilbud vil kunne få særlige utfordringer med å etablere og gjennomføre gode forløp.

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 tvangs behandling?

Ja, det ville bli vanskelig å ha et tillitsforhold til en behandler som har utøvd slik tvang og bør legges til ulike roller.

Det vil kunne skape forvirring og uforutsigbarhet og det kan by på krevende situasjoner for helsepersonell som de skal strekke seg for langt i risikosituasjoner.

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

Fra våre informanter ser det ut til at det er ett fåtall som benytter psykiatriambulanse.

Som nevnt innledningsvis ser Norsk Psykologforening med bekymring på en utvikling hvor tilstrekkelig bemanning og kompetanse erstattes med ulike varianter av vektertjenester. Et innspill fra DPS understøtter dette:

«Det er en rekke tilfeller på uheldig og utydelig kommunikasjon mellom helse og politi, som medfører forsinkelse eller lavere prioritet på oppdraget. For eksempel i vårt DPS har vi avtale med vaktelskap ved alarm, dette vurderer vi nå å avvikle. Hadde sist uke en episode hvor ansatte var i en alvorlig trusselsituasjon i resepsjonsområdet og ringte vaktelskapet, med konsekvens i form av at hjelpen ble forsinket. Nå går vi igjennom disse gamle avtalene, Ros analyserer risiko og hva konkret vektterselskap kan bidra med - tror det ender med at vi kommer til å avvikle avtale med Securitas».

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

Presisering av opplysningsplikt politi/helse er svært viktig. Det er en god del kjente felles forløp med hvor det er snakk om langvarig psykisk sykdom, en rekke ordensforstyrrelser og episoder med vold over mange år. Politi og helse jobber i hvert sitt spor.

Noen opplever utfordringer i forhold til pasienter som ikke har en alvorlig sinnslidelse og som er vurdert tilregnelige, men som er truende og utagerende.

Det er behov for mer utfyllende omtale av hvordan en samhandler når pasienter rømmer fra sengepost. Det oppstår noen ganger uklarheter om politiet skal utføre aktivt søk etter pasient eller om de bare skal gjøre passivt søk. Når det gjelder barn og unge kan det oppstå situasjoner der det er uklart om foresatte eller sykehuset skal kontakte politiet ved behov. Rundskrivet virker å være skrevet med tanke på voksne pasienter og en del vil også passe for unge. Det savnes imidlertid at det omtales noen forhold som er spesielt aktuelle for barn og unge under 18 år. Ofte er foresatte som er den vanligste samarbeidspartneren vår. Bruk av politi vil derfor avklares med foresatte med mindre det er en nødsituasjon der dette ikke er mulig. Det burde også vært tatt inn noen presiseringer om hvilke hjemler for bruk av tvang ansatte ved barnevernsinstitusjoner har ved innleggelse. Her kan det oppstå situasjoner som er uklare.

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

Konkrete praksiseksempler:

- «Inkluder politi, legevakt og vaktssystem i utforming/deling av kriseplan kan/vil gi konkret beslutningsstøtte til akutte situasjoner. Kriseplanen vil da fungere som en enkel og grei guide på hva som anbefales av tiltak, før TPH og alternativ til politi. *Dette forutsetter selvsagt samtykke.* Tilsvarende kan man inkludere politi i samarbeid om Individuell Plan der det er indikasjon for det».
- «Vi inviterer politi på lik linje med kommuner til faste samhandlingsforum slik som de fleste avdelinger har med kommuneleger, psykisk helse osv. Politiet sitter med veldig mange felles forløp som helsetjenesten, og vi bør tenke nytt helhetlig om samarbeid og legge til rette for godt gjensidig samarbeid».
- «Noe som har fungert godt har vært at FACT og politi har løpende dialog rundt enkeltpersoner, *med samtykke fra personen det gjelder.* Da kan politiet ringe FACT og be om råd hvis de trenger det, og FACT kan kontakte politi for å be om bistand. Vi kan også gjensidig informere hverandre om eventuelle endringer i situasjonen. Når vi har hatt slikt samarbeid, vil det både forebygge akutte situasjoner og skape et godt grunnlag for samarbeid hvis det oppstår en situasjon. Dette kan for eksempel være

nyttig hvis det gjelder en person med alvorlig psykisk lidelse, rop-lidelse og ordensforstyrrelser/kriminalitet/bekymringsmeldinger fra naboer».

- «Bistandsanmodning med en utagerende pasient som ofte kommer med trusler rettet mot behandlere i FACT. Her fungerer samarbeidet med politiet bra og bistandsanmodningen bidrar til at helsetjenesten får gjennomført medisintil levering».
- «Noe annet som har fungert godt er at FACT har faste kontaktpersoner hos politiet, som vi har direktenummeret til. Da kan vi drøfte situasjoner anonymt og finne fram til løsninger som forebygger tvangssituasjoner. Faste samarbeidsmøter har også fungert, men de fungerer kanskje best i kombinasjon med punktene ovenfor. Her blir det selvsagt viktig at taushetsplikten bevares».
- «Vi har noen saker der vi har hatt noen få samarbeidsmøter rundt pasienter og det er positivt med tanke på å lære av situasjoner som har oppstått og hvordan en kan løse det neste gang. Vi kunne sikkert hatt utbytte av å ha dialog om f.eks. pasienter med gjentatte innleggelse og hvordan politi og helsevesen har samhandlet».

18. Annet?

Svært viktig med helt konkrete innspill fra pasienterfaringer og pårørende ved revidering. Vurdere omtale av samarbeid mellom politi, barnevern og helsevesen. Våre medlemmer peker på at det er spesielt utfordrende samarbeid rundt barn som er plassert av barnevernet. «Her kan det noen ganger oppleves som at politiet er opptatt av å sikre at barnet vurderes av helsepersonell, mens helsepersonellet blir opptatt av at barnet trenger god omsorg. Det kan oppstå akutte situasjoner der det kan diskuteres om det har oppstått en akutt omsorgskrise eller et akutt helseproblem. De ansatte på institusjonen er i denne sammenhengen pasientens foresatte og må tas med i avgjørelsen om hvorvidt et barn skal tas med til vurdering for innleggelse eller få komme hjem».

Rundskrivet nevner i dag kun illegale rusmidler eksplisitt som en særlig risikofaktor i institusjon, mens alkohol ikke er nevnt. Særlig kombinasjonen av alkohol og medikamenter som er i relativt hyppig bruk i de aktuelle pasientgruppene er involvert i mange voldsepisoder.

Vennlig hilsen
Norsk psykologforening



Håkon Skard
President