

Helsedirektoratet

Deres ref.: 21/36000. Vår ref.:

Bergen, 31.mai 2023

HØRINGSUTTALE – Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke

Formålet med rundskrivet er å klargjøre ansvars og oppgavefordeling, samt legge til rette for godt samarbeid mellom helsetjenesten og politiet i situasjoner som omfatter personer med psykisk lidelse. En målsetning i samarbeidet er å løse ansvarsoppgavene på en minst mulig inngripende måte og til det beste for disse personene.

KoKom har følgende innspill;

Kap. 3 Samarbeidsavtaler: "Helsetjenesten og lokalt politidistrikt skal ha faste kontaktpunkter for henvendelser mellom etatene.

Det bør inngås lokale samarbeidsavtaler mellom helsetjeneste og politi, som tilrettelegger for god samhandling mellom helsetjenesten og politiet."

- Ang. setn. 1: Her bør det presiseres om man mener involvering av både spesialist- og primærhelsetjenesten.
- Ang. setn. 2: Kan med fordel presisere om dette også gjelder samarbeid og avtaler rundt enkeltpasienter i særlige tilfeller?

Kap. 4.2, under avsnittet «Særlig om transporten»:

- Her bør det i første avsnitt føyes til at annet kjøretøy kan benyttes, f.eks. kjøretøy tilhørende institusjon/poliklinikk, slik at det blir: «Før transporten skal det i fellesskap vurderes hvordan gjennomføringen skal skje, herunder om pasienten skal fraktes i kjøretøy tilhørende institusjonen/poliklinikken, ambulanse eller i politibil.»
- KoKom har utarbeidet en anbefaling for «Transport av person i akutt psykisk krise» som vi opplever oversiktlig både når det gjelder pasientvurdering, innhenting av nødvendige

opplysninger og samhandling. Dette kan leses her; www.kokom.no/transport-av-mennesker-i-akutt-psykisk-krise/

- Kap. 5, følgende avsnitt:
 - «Anmodningen skal alltid dokumenteres i pasientens journal og i politiets oppdragslogg.
 - Bistandsanmodningen (skriftlig og/eller muntlig) skal angi:
 - hvorfor bistand fra politiet er nødvendig
 - hvilke tiltak helsetjenesten har forsøkt
 - eventuelt hvorfor dette ikke anses som mulig/hensiktsmessig

Det skal gis relevant informasjon om tidligere atferd og andre aktuelle risikofaktorer, for eksempel om det er fare for at pasienten kan skade andre, historikk knyttet til pasientens tidligere erfaring med helse og politi og reaksjonsmønster i slike situasjoner. Dersom helsepersonellet er usikker på risiko for vold eller annet, er også dette viktig informasjon for politiet.»

- Her bør det i det siste avsnittet presiseres at hvorvidt politiet har tidligere (volds)historikk på pasienten ikke skal påvirke ansvarshavende helsepersonells vurdering av om det er behov for bistand eller ei. F.eks. i en situasjon der det skal gjennomføres en tvungen legeundersøkelse på pasientens bopel og legen ønsker sikring av politiet med bakgrunn i voldsrisikovurderingen hen har gjennomført.
- Det kan også gjerne presiseres at det i de tilfellene det er tid til det og en lege er involvert, bør foreligge en voldsrisiko- eller farevurdering når det bes om bistand. Denne anbefales gjennomført av den som skal gjennomføre oppdraget/ansvarshavende helsepersonell. En slik vurdering, f.eks. gjort av en legevaktslege som skal ut og gjennomføre en tvungen legeundersøkelse, kan med fordel inneholde historikk fra legevaktsjournal, info (innhentet per telefon) fra psykisk helsevern (gjærne behandler som kjenner pasienten, ev. annet vaktgående personell), pårørende, den som begjærer legeundersøkelsen, kommuneoverlegen (om denne er involvert), kommunal (psykisk) helsetjeneste, politiet etc.
- I denne sammenheng vil det også være ønskelig at Brøset Violence Checklist (BVC) tas inn som et verktøy for kommunikasjon om utagerings- / voldsrisiko her og nå. Det må i så fall presiseres at det ikke er en forutsetning for bistand at BVC er høy, men at den er et supplement til en selvstendig voldsrisikovurdering fra ansvarshavende helsepersonell i de tilfellene det er tid/relevant. Et eksempel på at det ikke er tid/relevant, er når ambulanspersonell er sendt ut til en pasient uten at det foreligger annet enn en henvendelse til AMK fra publikum om pasienten. Da vil det være relevant å se på historikk i helsevesenet, og ev. også BVC om denne er gjennomført.
- Generelt vil innføring av standardiserte verktøy og begreper kunne styrke samarbeidet. Eksempler på dette er bruk av BVC, bruk av begreper som «ansvarshavende helsepersonell», «fare- eller voldsrisikovurdering» osv.
- Det må også komme tydelig frem at det ikke er krav om at en lovparagraf fra helsevesenets side foreligger i forkant av oppdragsgjennomføringen. F.eks.: Om en ambulanse eller LV-lege skal ut til en pasient med kjent alvorlig voldshistorikk, men behov for undersøkelse, og det er gjort en vurdering av at politi må med for å sikre

helsepersonellet, kan det ikke kreves en lovhjemmel for dette, annet enn det som finnes i politiets eget lovverk om å bistå ved slik sikring.

Kap. 5, generelt:

- Det bør presiseres enda tydeligere at det er forskjell på planlagte oppdrag, der en skriftlig anmodning bør benyttes, og oppdrag som ikke er planlagt, der det ikke er aktuelt med skriftlig anmodning. Eksempler på det siste er når ambulanse sendes til pasient på bakgrunn av henvendelse fra publikum til 113, når en pasient er på et legekontor/legevakt og skal transporteres til innleggelse, eller når en lege skal gjennomføre tvungen legeundersøkelse av pasienten på dennes bopel og trenger sikring under oppdraget.

Kap. 7.2, under avsnittet «Hvordan begjæringen fremsettes»:

- Her står det i andre setning at «Begjæringen om TO/TPH sendes med pasienten til den uavhengige legen (typisk legevakten).» Dette samsvarer ikke med det som står i 3. avsnitt på side 3, altså at fastlegen kontaktes på dagtid. Det er fastlegen som kjenner pasienten, og det bør vel ikke være forskjell på om det er politiets ansvar for å hjelpe antatt psykisk syke (til fastlegen på dagtid) som ligger bak, eller om det er en begjæring fra politiet om TO/TPH som ligger bak. Den uavhengige legen bør uansett være fastlegen på dagtid og legevaktslege på vakttid.

Kap. 10:

- Her er det nevnt at det er helsetjenesten som skal dekke utgifter ved «skade på dør, lås og sikring av lokaler mv.» Det er helt uproblematisk, men mer praktisk og operativt er det tidvis problemer med at dør er ødelagt i fbm. at man tar seg inn i en bolig, f.eks. akutt ved selvmordsrisiko, og når pasienten da tas i ambulanse til sykehus/lege, vil boligen være usikret. Hvem som da praktisk har ansvaret for at boligen er sikret frem til låsesmed kan komme og sikre, ville det være fint å få belyst. Skal ambulanse/legevaktspersonell ta rollen som sikringsvakter og bli på stedet i den tiden det tar før låsesmed kan komme? Skal vekterfirma benyttes og helseforetaket/kommunehelsetjenesten betale? Eller er dette, som vi antar, politiets oppgave. I så fall må dette komme tydelig frem i rundskrivet.

I tillegg:

- Det bør i rundskrivet fremgå at man i den akuttmedisinske kjede har mange ulike journalsystemer, og i liten grad har innsyn i hverandres journaldokumenter. For eksempel har AMK-personell ikke nødvendigvis innsyn i pasientens sykehusjournal, og personell i

akuttmottak har ikke innsyn i journaldokumenter fra psykisk helsetjeneste. Dette gir utfordringer når det gjelder oversikt og helhetsforståelse rundt aktuelle pasienter.

- Bruk av kriseplan i Kjernejournal kan bidra til avklaringer ved samhandling rundt psykisk syke, men dette forutsetter klare føringer for hvordan dette bør praktiseres, ansvarsforhold og bruk i de ulike deler av helsetjenesten.

Med hilsen



Guttorm Brattebø
Seksjonsoverlege/leder KoKom
Kirurgisk Serviceklinikk
Haukeland universitetssykehus



Kristine Dreyer
Seniorrådgiver
KoKom