

## Om revidering av rundskriv om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) takker for invitasjon til å komme med innspill/høringsuttalelse vedrørende revisjon av Helsedirektoratet- og Politidirektoratets felles rundskriv for helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke.

Før vi går inn på de enkelte spørsmål i "Anmodning om innspill" vil vi innledningsvis legge fram noen vurderinger og kommentarer:

Ulike typer situasjoner der det kan oppstå behov for samarbeid mellom politi og helse:

- Situasjoner der helse beslutter tvungen psykisk undersøkelse eller tvangsinnleggelse og der det ikke vurderes at det foreligger risiko for alvorlig selvskade eller voldsutøvelse mot helsepersonell eller andre, men der pasienten vil kunne sette seg fysisk til motverge mot å bli transportert. Dersom det ikke er mulig å motivere pasienten til å la seg transportere frivillig, og det ikke foreligger nødvergesituasjon, så er det bare politiet som har adgang til å utøve fysisk tvang. I slike situasjoner bør politiet opptre på en mest mulig skånsom og ikke-stigmatiserende måte, og så sant det er mulig, opptre i sivil og med sivile biler.
- Situasjoner der helse først er i kontakt med pasienten og vurderer at det er behov for assistanse fra politi fordi det kan være fare for voldsutøvelse mot helsepersonell eller tredjeperson. Det er da viktig at personer som kjenner pasienten godt (helsepersonell eller pårørende (hvis det ikke foreligger spesielle forhold som gjør det urimelig at pårørende trekkes inn), trekkes inn og innleder dialog med pasienten for om mulig å redusere/avverge fare for voldsutøvelse fra pasient. Det er også viktig at politiet i slike situasjoner, dersom det avklares at det ikke er risiko for vold mot tredjeperson, har en avventende holdning og sikrer situasjonen uten å gå direkte i konfrontasjon med pasienten, og så "venter ut" situasjonen mens det forsøkes å redusere risikoen gjennom dialog med pasienten. Dersom politiet unødige konfronterer en ofte livredd og ustabil pasient i slike situasjoner, kan det oppstå situasjoner der politiet må utøve alvorlig vold i selvforsvar, uten at tredjeperson er truet.
- Situasjoner der politiet først varsles og kommer/prøver å komme i kontakt med pasienten, og der det vurderes at det foreligger alvorlig risiko for pasienten eller tredjeperson. Dersom det foreligger alvorlig risiko for tredjeperson (f. eks. gisselsituasjoner eller voldelig pasient som det ikke er kontroll på i offentlig rom), vil politiet følge egne

rutiner for å sikre situasjonen. Det er imidlertid viktig at det, dersom det er mulig og politiet kjenner til at den aktuelle personen har psykisk lidelse eller rusproblem, at helsepersonell som (fortrinnsvis) kjenner pasienten og eventuelt pårørende (dersom dette vurderes rimelig) kontaktes, for å hjelpe til med å prøve å opprette kontakt og dialog med pasienten for slik å redusere risiko for alvorlig vold.

Hva slags pasienter har stor risiko for å havne i situasjoner der det kan oppstå risiko for alvorlig voldsutøvelse:

- Slike alvorlige situasjoner kan oppstå hos personer som debuterer med en alvorlig psykisk lidelse med voldsrisiko, og kan i slike situasjoner være ukjent både for politi og helse. Men dette vil forekomme relativt sjelden.
- Vanligere er det at slike situasjoner oppstår hos personer med kjent alvorlig psykisk lidelse. Det er viktig at helsepersonell med ansvar for pasientens behandling, på best mulig måte vurderer voldsrisiko hos pasienten, for slik å kunne gripe inn og forebygge at tilstanden forverres og eskalerer og kan ende i slike akutte alvorlige situasjoner.
- Helsetjenestens kapasitet, spesielt i forhold til innleggelsesmuligheter for pasienter med stor voldsrisiko, er også et viktig overordnet moment i en totalvurdering av hvordan man i størst mulig grad kan forebygge slike situasjoner.
- Ofte oppstår slike situasjoner hos personer med alvorlige psykisk lidelse under akutt ruspåvirkning og i en del situasjoner foreligger det samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (ROP-lidelse). Styrket oppfølging av denne pasientgruppa, særlig med tett ambulant oppfølging i tverrfaglige samhandlingsteam (ACT/FACT), er viktig for å forebygge slike alvorlige hendelser.

Et overordnet perspektiv i samhandlingen mellom politi og helse i slike alvorlige situasjoner må være å håndtere situasjonen på en måte som reduserer risiko for pasient, tredjeperson og profesjonelle fagutøvere mest mulig samtidig som bruk av vold fra politiets side er forholdsmessig ut fra situasjonens art. En situasjon der en syk person, som antas å ville forsvare seg og kan være væpnet, men som ikke vurderes å utgjøre en akutt risiko for tredjeperson, tilsier at den bør sikres uten at man direkte konfronterer den syke ved å trenge seg på vedkommende. Den forholdsmessige respons i slike saker vil fortrinnsvis være å "vente ut" situasjonen, prøve å opprette dialog (jfr. over) og få kontroll på personen uten utøvelse av alvorlig vold

Kommentarer til de enkelte spørsmål:

### **Anmodning om innspill til revidering av Helsedirektoratet- og Politidirektoratets felles rundskriv for helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke**

Helsedirektoratet skal sammen med Politidirektoratet revidere ovenfor nevnte rundskriv.

Oppdraget lyder slik:

I dette arbeidet er det viktig at Helsedirektoratet får innspill fra helsetjenesten og andre sentrale aktører på helsefeltet. Vi ber derfor med dette om deres erfaringer og synspunkter på samarbeidet med politiet.

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.*"

Her bør det vektlegges at bistanden også bør være «forholdsmessig», jfr. pkt. 3 over.

*Det er helsetjenesten, ved "ansvarshavende helsepersonell" som vurderer om bistand fra politiet er nødvendig."*

#### *1. Hvem foretar slike nødvendighetsvurderinger i dag?*

Nødvendighetsvurderinger foretas etter vår erfaring av både politiet selv, av prehospitalt personell ved AMK eller i ambulansetjenesten, av lege på legevakt og av medarbeidere i psykisk helsevern

Som hovedregel bør denne vurderingen ligge hos helsetjenesten, det kan være fastlege/legevakt eller spesialisthelsetjenesten. Når helsetjenesten vurderer at bistand fra politi er nødvendig, bør politiet, dersom ikke helt spesielle forhold foreligger, etterkomme dette. Forhold som lang reisevei kan spille inn her.

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

Samlet erfaring tilsier at politiet stort sett har gjort det, også i situasjoner der det ikke foreligger fare for alvorlig vold fra pasientens side, men der denne motsetter seg transport til vurdering eller sykehus. Enkelte ganger erfarer vi at det må utøves et visst press. Kapasitet hos politiet og evt. konkurrerende oppdrag kan være en utfordring.

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

Helse bør ta denne beslutningen, (så sant ikke helt spesielle forhold foreligger). God dialog og felles drøfting fører ofte til enighet om beslutningen.

4. Eksempler på utfordringer i samarbeidet med politiet.

En har erfart en viss motvilje mot å opptre i sivil når dette er rimelig og forholdsmessig.

Oppdrag som krever politiresurser over lang tid, og som foregår utenom ordinær arbeidstid kan være en utfordring, og den er størst i distriktene. Deltakelse fra helsepersonell kan også være en problemstilling, ettersom de også da blir fraværende fra andre oppgaver over lengre tid.

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

Kompetanse (kunnskap og erfaring) hos politiet varierer. Systematisk kompetanseutvikling på dette området vil kunne bidra til å sikre mer kompetent håndtering av risiko- og potensielle voldssituasjoner.

Politiet vil ha behov for en generell kompetanse om voldsrisiko og voldsbruk, samtidig er det behov for politi som har mer spesialisert kompetanse knyttet til å gi nødvendig bistand til helsetjenesten. Det er viktig at politiet bruker de som er mest kompetente så langt det lar seg gjøre.

Vurdering av voldsrisiko og håndtering av voldssituasjoner og potensielle voldssituasjoner krever trening. Viktige bidrag i en kompetanseoppbygging kan være arbeid med scenarier, bruk av SIM-lab for trening og trening sammen med helsepersonell. Politiet vil også kunne bygge opp kompetanse ved å ha praksis i akuttavdelinger i psykisk helsevern. Felles trening med helsepersonell gir gode mulighet for å utvikle felles kompetanse og bli kjent med hverandres måte å oppfatte og forstå situasjoner på og handle deretter. I tillegg er det nødvendig å sikre at en har felles kunnskap om lover og forskrifter, eksempelvis er det nødvendig at politiet kjenner til begrensninger for bruk av tvang, gitt i Lov om psykisk helsevern. Kfr. for øvrig UKOM-rapport, nr.5/2021.

Erfaring med lokalt politi en del år tilbake (før politireformen) var i all hovedsak god.

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

BVC er utarbeidet for klinisk bruk av helsepersonell som et «støtteverktøy» i vurdering av voldsrisiko. Etter vår erfaring brukes det mest i døgnavdelinger.

Det er utarbeidet et eget verktøy for politiet, Violence Risk Checklist Police Version (V-RISK-POL). Denne sjekklisten er utarbeidet som en hjelp til politiansatte for å vurdere risiko i nær og noe fjernere framtid, <https://sifer.no/verktoy/v-risk-pol/>

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

Ja, det er vårt inntrykk

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

Situasjoner der helse beslutter tvungen psykisk undersøkelse eller innleggelse på tvang. Kfr. innledende kulepkt.

Situasjoner som kulepunkt 2 og 3 er heldigvis sjeldne, men alvorlige.

Tidligere erfaringer fra TSB/LAR omfatter at politiet i noen tilfeller ble forespurt om såkalt "velferdssjekk", som dreide seg om situasjoner der det forelå sterk konkret bekymring for en pasient (f. eks. p.g.a sykdom eller suicidalitet) og som man ikke fikk kontakt med (spurte først gjerne kommunale tjenester/hjemmesykepleie om å oppsøke pasienten) og der det ble vurdert at det kunne være aktuelt å ta seg inn i bolig.

Andre situasjoner som transport mellom fengsel og institusjon. Pasient som skal til sykehus eller legevakt og som er truende, voldelig eller utgjør risiko. Pasient som motsetter seg transport.

Det er også en del situasjoner hvor en har politi «i beredskap», dvs. de kan bistå hvis det blir behov. Det kan f. eks. gjelder når en skal informere person om utkastelse, dyr som ikke har det bra, som skal hentes, noen barnevernssaker.

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

Det forekommer, men relativt sjelden.

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?

Vårt inntrykk er at det er slik, men vi innehar ikke sikker kunnskap om dette. Statistikk fra politidistriktene viser en betydelig vekst i det som beskrives som «psykiatrioppdrag» eller «bistand helsevesen» fra 2016-2022.

Vi har ikke kunnskap om at bistand fra politiet har forandret seg etter endret organisering av politidistrikt. Men bistand i situasjoner som eksemplifiseres under kulepunkt over vil, kanskje bli vanskeligere p.g.a mulig lang reisevei.

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

Det viktigste her er vel å ha kapasitet og organisering (for eksempel ACT/FACT) til å følge opp pasienter tett og slik ha mulighet til å gripe inn tidlig og forebygge eskalering til farlige situasjoner.

Et systematisk og økt samarbeid mellom fastlege, ambulante akutteam, FACT-/ACT-team m.m. kunne bidra til å redusere bruk av makt og tvang og bistand fra politiet utenfor institusjon/ prehospitalt og dermed også muligens redusere innleggelser. Helsepersonell som kjenner pasienten har et bedre vurderingsgrunnlag enn både akutteam og ambulanspersonell/ legevakt.

I tillegg vil en gjennomgående økt kompetanse i å vurdere voldsrisiko og håndtere situasjoner med risiko for vold og bruk av vold kunne bidra til å kunne håndtere situasjoner uten bruk av politi.

Men det er viktig å oppretholde skille mellom politi og helse når det gjelder å utøve makt/vold overfor pasienter utenfor institusjon, dette må tilligge politiet og ikke helse.

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

Samlet erfaring tilsier at det utøves lite «konkret» makt med begrunnelse i nødverge, men pasienter kan likevel oppleve å være i en tvangssituasjon. Noen pasienter kan føle seg utsatt for press og oppleve situasjoner med et redusert handlingsrom. Enkelte kan ha erfaringer med politi og helsevesen langt tilbake hvor tidligere situasjoner endte med tvang. Disse erfaringene kan «farge» nåsituasjonen med en opplevelse av tvang selv om tvang ikke er iverksatt. Et eksempel kan være en anbefaling om innleggelse som pasienten ikke ønsker, men der deres erfaring er at slike situasjoner tidligere har endt i en tvangsinnleggelse hvis de motsetter seg.

#### 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, det er viktig at helsepersonell ikke skal utøve fysisk tvang (makt/vold) i slike situasjoner. Det er viktig at personell som kjenner pasienten godt, aktivt kan bidra til at pasient blir transportert så respektfullt og verdig som mulig.

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. En vil ikke anbefale at helsepersonell får utvidet adgang/ hjemmel til å anvende tvang/makt utenfor institusjon.

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

Dette punktet har vi ikke kunnskap om.

16. Savner dere noen temaer som bør inkluderes i et revidert rundskriv?  
Ja, jfr. de innledende punktene.

Rundskrivet bør legge større vekt på at det er nødvendig med et aktivt samarbeid mellom politi og helse. Det kan være nyttig både med samarbeidsavtaler, felles kompetanseutvikling og regelmessige samarbeidsmøter.

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

Det er viktig og nødvendig med regelmessig kontakt og samarbeid. Samarbeidsavtale legges ved som eksempel.

18. Annet?