



## **DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

*Følgetjenesten for psykiatriske pasienter i en distriktsregion.*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Astri Sand Ramberg**

Vår 2024

Hovedveileder

Jan Eirik Skjerve

Biveileder

Anette Fosse

## **Forord**

Takk, Jan Eirik, for tett oppfølging og konstruktive tilbakemeldinger. Det har vært en lærerik prosess!

Takk, Anette, for gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg setter stor pris på at du har tatt deg tid til å være biveileder.

Takk til intervjudeltakerne for positiv respons, og for at dere stilte til intervju.

Bergen, 28.mai 2024.

Astri Sand Ramberg

## Sammendrag

**Formål:** Formålet med studien er å undersøke hvordan følgetjenesten for psykiatriske pasienter som er vurdert å ha behov for tvangsinnleggelse, er organisert og fungerer i en distriktsregion. Regionen er tilknyttet en sentralisert psykiatrisk døgnenhet med godkjenning for innleggelse på tvang med døgnopphold. Følgetjeneste omhandler oppfølgingen av pasienten fra og med vurderingen til vedkommende er kommet til døgnenheten, inklusive selve transporten. I den aktuelle distriktsregionen er det lang reisevei til den godkjente enheten. Tvangsinnleggelser medfører derfor lang transport, med behov for at pasientene blir fulgt av tjenesteytere. **Metode:** Søk ble utført hos aktuelle aktører for å innhente relevant skriftlig informasjon. Dette ble supplert med informasjon fra direkte kontakt per e-post. Fire personer tilknyttet tjenesten, med antatt inngående kjennskap til den, ble intervjuet. Intervjumaterialet ble tematisk analysert. **Resultat:** De lokale vilkårene medfører at følgetjenesten ofte blir krevende for pasienten. Det foreligger ikke samarbeidsavtale mellom kommunene og helseforetaket hvor ansvar og prioriteringer er avklart. Kommunalt ansatte har alene ansvaret for pasienter i transittiden, uten kapasitet eller kompetanse. Politiet bruker mye tid og personell på vakthold på legevakten og ved kommunal akutt døgnenhet. Tilgangen på personell, de organisatoriske rammene og økonomi gjør at aktørene må gjøre prioriteringer i utførelsen av alle sine oppgaver. **Konklusjon:** Kommunene og helseforetaket bør utarbeide konkrete og utfyllende tjenesteavtaler hvor de enes om prioriteringer, prosedyrer og ansvar. Muligheter for å skape tettere kontakt mellom kommunene og helseforetaket lokalt, eksempelvis ved at psykologer i akuttambulanseteam er tilgjengelige gjennom hele døgnet, bør vurderes.

*Nøkkelord:* psykiatri, tvangsinnleggelse, følgetjeneste, distriktsregion

### Abstract

**Objective:** The aim of this study is to investigate how the follow-up services for psychiatric patients who have been assessed as needing involuntary hospitalization, are organized and function in a district region. The region is associated with a centralized psychiatric inpatient unit with approval for involuntary admissions. The follow-up services concern the follow-up of the patient from the assessment until they have arrived at the inpatient unit, including the transportation itself. In this district region, the distance to the approved unit is long. Involuntary admission therefore involves a long transportation, with the need for the patients to be followed by service providers. **Method:** Searches were carried out with the relevant actors to obtain relevant written information. This was supplemented by information from direct contact by e-mail. Four people associated with the service, with presumed in-depth knowledge of it, were interviewed. The interviews were thematically analysed. **Results:** The local condition means that the follow-up service is demanding for the patient. There is no cooperation agreement between the municipalities and the health trust where responsibilities and priorities are clarified. Municipal employees have sole responsibility for patients during transit, without capacity or professional expertise. The police spend a lot of time and personnel on duty at the emergency room and at the municipal 24-hour emergency unit. The availability of personnel, the organizational framework, and the financial circumstances mean that the actors must set priorities for their tasks. **Conclusion:** The municipalities and the health trust should draw up specific and complementary service agreements where they agree on priorities, procedures and responsibilities. The possibility of creating closer contact between the municipalities and the health trust locally, for example by having psychologists in the emergency outpatient team available around the clock, should be considered.

*Key words:* psychiatry, involuntary hospitalization, follow-up services, district region

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	2
Sammendrag .....	3
Abstract .....	4
Innholdsfortegnelse .....	5
Formål med undersøkelsen .....	10
Karakteristika ved regionen .....	10
Forskningsspørsmål .....	11
<b>Rammebetingelser for utforming av følgetjenesten .....</b>	<b>12</b>
Rett til helsehjelp .....	12
Innleggelse .....	12
Voldsrisiko .....	13
Samhandling .....	14
Samhandlingsreformen .....	14
Samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste .....	15
Kommunenes plikt til øyeblikkelig helsehjelp .....	15
Helsepersonell og fysisk makt .....	16
Avstander til døgnenhet godkjent for tvang .....	16
Aktørene i følgetilbudet .....	17

Distriktpspsykiatrisk senter .....	17
Kommunen .....	17
Fastleger .....	17
Legevakt.....	17
Politiet .....	18
Politiets oppdrag .....	18
Gjennomføring av transport med politiet.....	19
Samarbeid mellom helsetjenesten og politiet .....	19
Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral .....	19
<b>Metode .....</b>	<b>20</b>
Programevaluering .....	20
Innsamling av data .....	20
Nettsøk .....	21
Direkte kontakt.....	21
Intervjuer .....	21
Valg av intervjuobjekter .....	21
Intervjuguiden .....	22
Analyse .....	22
Refleksjoner rundt valg av analysemetode .....	22
Fremgangsmåte for tematisering .....	23
Personvern .....	24
<b>Refleksivitet .....</b>	<b>25</b>

<b>Resultater .....</b>	<b>26</b>
Opplysninger fra søk og direkte kontakt .....	26
Samarbeidsavtaler .....	26
Statistikk .....	27
Generell statistikk om pasientgruppen .....	27
Statistikk om følgetjenesten .....	28
Funn fra intervjuene .....	28
Leder for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral .....	28
Prosessen ved innleggelse .....	29
Transittiden .....	30
Gjennomføring av transport .....	30
Følgepersonell .....	30
Flytransport .....	31
Samarbeid med politiet .....	32
Risikovurdering .....	32
Kommuneoverlegen .....	33
Samarbeidsavtale .....	33
Prosessen ved innleggelse .....	33
Risikovurdering .....	34
Transittiden .....	35
Samarbeid med politiet.....	36
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten .....	36
Økonomi .....	37
Politistasjonssjefen .....	37
Ressursbruken i transittiden .....	37



Gjennomføring av transport .....	39
Utøvelse av makt .....	40
Betjentenes opplevelse av oppdragene .....	41
Pasient- og brukerombudet .....	41
Erfaring med følgetjenesten .....	42
Reisevei og transportmiddel .....	42
Transittiden .....	42
<b>Diskusjon .....</b>	<b>43</b>
Transittiden .....	43
Ansvar i transittiden .....	43
Lang transittid .....	44
Bemanning og personell .....	44
Bruk av fysisk makt i transittiden .....	45
Bistand fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i transittiden .....	46
Transporttjenesten .....	48
Organisering av transport .....	48
Bruk av offentlig transport .....	49
Voldsrisikovurdering .....	49
Følgepersonell .....	50
Dokumentasjon .....	51
Kommunikasjon .....	52
<b>Svakheter ved undersøkelsen .....</b>	<b>52</b>
<b>Konklusjon .....</b>	<b>52</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>55</b>

<b>Appendiks A – Intervjuguide: kommuneoverlege .....</b>	<b>64</b>
<b>Appendiks B – Intervjuguide: leder for interkommunal legevakt .....</b>	<b>69</b>
<b>Appendiks C – Intervjuguide: leder for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral ...</b>	<b>74</b>
<b>Appendiks D – Intervjuguide: politistasjonssjef .....</b>	<b>77</b>
<b>Appendiks E – Intervjuguide: pasient- og brukerombudet .....</b>	<b>80</b>

## **Formålet med undersøkelsen**

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, etter henholdsvis § 3-2 og § 3-3 i psykisk helsevernloven (1999), kan kun gjennomføres ved institusjoner som er godkjent for det (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-5). Mange steder i Norge er det lang vei til nærmeste godkjente institusjon. Tvangsinnleggelse kan derfor medføre lang transport med behov for at pasientene blir fulgt av tjenesteytere. Formålet med denne studien er å undersøke hvordan følgetjenesten er organisert og fungerer i en distriktsregion tilknyttet en sentralisert psykiatrisk døgnenhet med godkjenning for innleggelse på tvang med døgnopphold. Følgetjeneste omhandler oppfølgingen av pasienten fra og med vurderingen til tvungen innleggelse til vedkommende er kommet til døgnenheten, inklusive selve transporten. Følgetjenesten er en lovpålagt og integrert del av helsetjenesten. Undersøkelsen må følgelig regnes som helsetjenesteforskning.

## **Karakteristika ved regionen**

I den aktuelle helseregionen er psykisk helsevern delt opp med lokale distriktpsikiatriske sentre (DPS) som behandler pasienter poliklinisk og har godkjenning for tvang uten døgnopphold, og én sentralisert enhet med godkjenning for tvang med døgnopphold. Denne ene døgnenheten betjener et befolkningsgrunnlag på cirka 250.000 innbyggere, og dekker et landareal på over 30.000 kvadratkilometer. Dette innebærer at pasienter fra store deler av distriktsregionen, det geografiske området som undersøkelsen omfatter, har lang reisevei ved tvangsinnleggelse. Reise skjer med bil, båt eller fly, og ofte er en kombinasjon av disse nødvendig.

Distriktsregionen består av tre kommuner med til sammen mellom 10.000 og 15.000 innbyggere, og et landareal på over 500 kvadratkilometer. I distriktsregionen er mange av

veiene smale og dårlige, og har i deler av året stor trafikk. Vær og kjøreforhold kan være vanskelig og kan blant annet føre til stengte bruer. Interne reiser til den interkommunale legevakten kan ta opptil to og en halv time. Fra legevakten til den sentraliserte døgnenheten godkjent for tvang, kan reisetiden variere betydelig, avhengig av transportmiddel og værforhold.

Transportforholdene stiller krav til planlegging av reise, Ved innleggelse må følge organiseres når det er nødvendig.

Den kommunale helsetjenesten må koordinere med spesialisthelsetjenesten for å gi pasienten et tilfredsstillende tilbud. Når en pasient skal legges inn, er det akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) som har ansvar for samordning av ressurser for transport og følge. I noen tilfeller er det nødvendig å anmode politiet om bistand til følge av pasienten.

Geografi, værforhold og tilgjengelighet av ressurser, for eksempel ambulanser, ambulansefly og politibetjenter, gjør det krevende å utføre en tilfredsstillende følgetjeneste i distriktsregionen. Det er en politisk målsetting at kvaliteten og tilgjengeligheten av helsetjenester ikke skal være avhengig av hvor en bor. Oppnås dette målet i et område med så krevende forhold? Og er det gitt at en sentralisert godkjent enhet gir den beste tjenesten? Satt litt på spissen, er det behov for å finne ut om følgetjenesten i distriktsregionen er en helsetjeneste slik befolkningen har krav på.

### **Forskningsspørsmål**

For å belyse kvaliteten av følgetjenesten i det aktuelle området og eventuelle tiltak for å bedre den, er det formulert fire forskningsspørsmål som en ønsker at undersøkelsen skal gi svar på:

Hvordan er formelle krav til følgetjenesten innfridd i regionen?

Hvordan ser de ansatte på måten tjenesten utføres på?

Er tjenesten tilfredsstillende i forhold til brukernes behov?

Hva kan være mulige tiltak for å utvikle tjenesten?

### **Rammebetingelser for utforming av følgetjenesten**

#### **Rett til helsehjelp**

Pasient- og brukerrettighetslovens (1999, § 1-1) formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Helsedirektoratet utdyper dette med å spesifisere at befolkningen skal ha tilgang til like helse- og omsorgstjenester uavhengig av blant annet bosted (Helsedirektoratet, 2024c).

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a (1999) stadfester at det er det regionale helseforetakets ansvar å sørge for at personer bosatt i helseregionen tilbys tjenester i spesialisthelsetjenesten. Lovens § 2-1 a punkt 6, spesifiserer at dette også gjelder transport til undersøkelse og/eller behandling. Altså er det spesialisthelsetjenestens ansvar å organisere transport og følge til pasienter som skal legges inn i døgnenhet godkjent for tvang.

#### **Innleggelse**

Psykisk helsevernloven § 2-1 (1999) stadfester at behandling i psykisk helsevern som hovedregel skal være frivillig og basert på samtykke i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Lovens tredje kapittel regulerer adgang til etablering av tvungent psykisk helsevern. § 3-1 stadfester at pasienten må være undersøkt av en lege personlig, og at vedkommende lege må vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Det er denne vurderingen som gjøres av lege i kommunen. For at pasienten skal kunne legges inn

under tvangsparagraf må to uavhengige leger har konkludert med at lovens vilkår er oppfylt. Tvunget psykisk helsevern kan vedtas etter lovens § 3-2 tvungen observasjon og § 3-3 tvunget psykisk helsevern. § 3-2 gir adgang til at pasienten kan observeres og utredes i døgnenhet godkjent for tvang i opptil 10 dager for vurdering om vilkårene for tvunget psykisk helsevern er oppfylt.

Å bli innlagt ved en psykiatrisk avdeling under tvang oppleves for mange pasienter som svært stressende (Bonsack & Borgeat, 2005). Mange opplever følelsen av å miste kontroll når det bestemmes at de skal til tvungen innleggelse. Noen rapporterer at de føler at de ikke får valgmuligheter eller har innflytelse i situasjonen (Johnsen et al., 2007; Sandholm, 2014; Aasen, 2009). Pasienter som ble utsatt for bruk av fysisk makt i innleggingsprosessen rapporterte størst grad av opplevd tvang (Johnsen et al., 2007; Aasen, 2009). Noen pasienter beskriver å føle avmakt, krenkelse og å være umenneskeliggjort i møte med tvangsvedtak (Mantila et al., 2019).

Bystad et al. (2022) fant at i studiens registreringsperiode ble 72,5% av alle innleggelsene i akuttpsykiatrisk avdeling gjort på ettermiddag, kveld og natt, altså mellom klokken 16.00 på ettermiddagen og 8.00 på morgenen. Av alle pasientene i studien ble 54% innlagt under tvang. Totalt 66,5% av alle innleggelsene på kveld- og nattetid var under tvangsparagraf. Av innleggelsene på § 3-2 tvunget observasjon, var totalt 73% gjort på ettermiddag, kveld og natt. Av innleggelsene til § 3-3 tvunget psykisk helsevern, var totalt 70% på ettermiddag, kveld og natt. Tallene viser et omfattende behov for tilgjengelig personale, blant annet i følgetjenester, utenom ordinær arbeidstid.

## **Voldsrisiko**

De færreste med en psykisk lidelse utøver vold. Samtidig viser statistikk at andelen personer som utøver vold er høyere ved psykisk lidelse enn i resten av befolkningen (Ilnér,

2011). En rapport fra 2019 viste at voldelig atferd utøvd av pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus hadde økt betydelig i tidsrommet fra 2015 til 2019. Rapporten pekte på at det i hovedsak var pasienter med psykoselidelser som utøvde vold, hvorav en tredjedel hadde samtidig rusdiagnose (Silseth & Vatn, 2019). Særlig aktive positive symptomer øker risikoen for voldsutøvelse. Det er likevel symptomenes art og hvor sterkt symptomtrykket er, som utgjør økt risiko for voldsutøvelse, og ikke psykoselidelse i seg selv (NOU 2010: 3, 2010). Ilnér (2011) bemerket at behandlere bør være oppmerksomme på psykotiske symptomer pasienten ikke klarer å kontrollere, og høy irritabilitet og agitasjon, som kan forekomme ved bipolar lidelse, særlig i manisk fase. Personer med personlighetsforstyrrelser har høyere risiko for å utøve vold enn personer med psykoselidelser, mens personer med psykoselidelser har høyere risiko enn personer med internaliserende lidelser, som angst (NOU 2010: 3).

Andre faktorer, uavhengig av den psykiske lidelsen, kan også øke risikoen for vold. En studie av Ose et al. (2017) som så på risiko for vold blant pasienter i kontakt med psykisk helsevern, viste at faktorer som øker risikoen for å utøve vold er mannlig kjønn, å ikke ha inntektsgivende arbeid, lavt utdanningsnivå, å ikke ha fast bosted og å ha flyktningbakgrunn.

Helsedirektoratet (2018b) anbefaler at det gjennomføres voldsrisikovurdering blant annet ved innleggelse til tvunget psykisk helsevern. Særlig i tilfeller hvor vold tidligere har vært et problem, at pasienten eller andre har gitt uttrykk for bekymring for voldsutøvelse eller at pasienten er vurdert til tvungen innleggelse hvor «farekriteriet» etter psykisk helsevernloven § 3-3 (1999) vurderes som tilleggsvilkår.

## **Samhandling**

### ***Samhandlingsreformen***

Fra og med 1.januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft. «Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)». Dette skulle oppnås ved at helseforetakene og kommunene utviklet samarbeidsavtaler seg imellom.

### ***Samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste***

I 2011 ble ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) vedtatt. Med denne loven ble kommunene pålagt å skrive samarbeidsavtaler med sitt respektive regionale helseforetak eller med helseforetak bestemt av regionalt helseforetak. Dette reguleres i lovens § 6-1. For helseforetakene reguleres dette i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e (1999), hvor det stadfestes at de regionale helseforetakene skal sørge for samarbeid med andre tjenesteytere der det er nødvendig, deriblant kommunene. Her står det videre at de regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler slik som definert i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 (2011). Samarbeidsavtalene skal blant annet omhandle tilbudet til psykiatriske pasienter, herunder akuttinnleggelser og følgetjeneste (Helsedirektoratet, 2016).

### ***Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp***

Kommunene er forpliktet til å ha et tilbud for døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp (Helsedirektoratet, 2016), også kalt kommunale akutte døgnplasser (KAD) (Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, 2014). KAD skal være et tilbud for pasienter som er i behov av observasjon, behandling og tilsyn (Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, 2014). Pasienter med lettere og moderate psykiske tilstander og/eller rusproblematikk er i målgruppen for KAD (Helsedirektoratet, 2016).



I tilfeller hvor pasientens tilstand utløser spesialisthelsetjenestens plikt til å utøve øyeblikkelig hjelp, er det ikke aktuelt med innleggelse på KAD (Helsedirektoratet, 2016). Dette gjelder i tilfeller hvor pasientens tilstand vurderes som livstruende eller særs alvorlig, eller at pasienten vurderes å være til betydelig fare for andre på grunn av sin sinnstilstand (Psykisk helsevernforskriften, 2011, § 1). Dette inkluderer blant annet «psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres helse (Psykisk helsevernforskriften, 2011, § 1 punkt a)» og «psykotiske tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre (Psykisk helsevernforskriften, 2011, § 1 punkt b)».

### **Helsepersonell og fysisk makt**

Helsepersonelloven § 7 (1999) regulerer helsepersonells plikt til yte øyeblikkelig helsehjelp. Helsepersonell skal etter paragrafen yte øyeblikkelig helsehjelp der det er påtrengende nødvendig. Dette kan i noen tilfeller også innebære kortvarig bruk av makt (Helsedirektoratet, 2023a). Situasjoner hvor dette er aktuelt, er eksempelvis ved fare for pasientens liv og helse eller betydelig forverring uten inngripen, fare for andre, og tilfeller hvor det er fare for at pasienten kan skade helsepersonell. I slike tilfeller kan helsepersonell holde pasienten fast til politiet kommer (Helsedirektoratet, 2023a). Handlinger for å forhindre skade kan også hjemles som nødrett og nødverge etter straffeloven §17 og § 18 (2005). Ofte vil situasjoner som beskrevet over omfattes av både helsepersonellovens og straffelovens bestemmelser (Helsedirektoratet, 2023a).

### **Avstander til døgnenhet godkjent for tvang**

Reisetiden til institusjon godkjent for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold varierer betydelig for eksempel mellom Finnmark og det sentrale østlandsområdet. Reisetid,

værforhold, tilgang på transportmiddel og personell, og økonomi, utgjør de vesentligste forholdene som kan være til hinder for likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av bosted.

### **Aktørene i følgetilbudet**

#### ***Distriktpsikiatrisk senter***

Psykisk helsevern er organisert i distriktpsikiatriske sentre, DPS-er. En DPS kan være godkjent for tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold. I den aktuelle distriktsregionen er det, som nevnt, flere DPS-er som kun har godkjenning for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og én sentral døgnenhet godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

DPS-ene har ansvar for å ha en akutt-tjeneste for vurdering og behandling. Dette ansvaret har de gjennom hele døgnet (Helsedirektoratet, 2016). Den lokale DPS-en i distriktsregionen er ikke døgnbemannet, og det akuttambulante teamet er kun tilgjengelige for vurderinger og behandling på dagtid.

#### ***Kommunen***

**Fastleger.** Fastleger er pliktige til å delta i legevakt utenfor ordinær arbeidstid og i kommunens tjeneste for øyeblikkelig hjelp i ordinær kontortid (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 13). Fastlegene har ansvar for å henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov (Braut & Hagen, 2023).

**Legevakt.** Formålet med legevakt er å sikre at alle som oppholder seg i kommunene mottar nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2020). Kommunenes ansvar for legevaktsordning reguleres i akuttmedisinforskriften (2015, § 6).

Mange kommuner velger å samle ressursene i interkommunale legevakter (Helsedirektoratet, 2020), noe kommunene i den aktuelle distriktsregionen har gjort. Legevakten bemannes av fastlegene.

### ***Politiet***

**Politiets oppdrag.** I Opptappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033) (Meld. St. 23 (2022-2023)) pekes det på at politiet i økende grad bistår helsevesenet i håndteringen av personer med alvorlig psykisk lidelse. Politiet opplever at de brukes for ofte i forbindelse med helseoppdrag, mens helsetjenesten opplever det som vanskelig å få bistand fra politiet.

Politielloven (1995, § 2 punkt 5) stadfester at en av politiets oppgaver er å yte bistand og vern på anmodning for andre offentlige myndigheter når det følger av lov og sedvane. I forbindelse med tvunget psykisk helsevern, er dette regulert i psykisk helsevernloven § 3-6 (1999), som sier at offentlig myndighet, deriblant politiet, skal yte nødvendig bistand for at pasienter skal komme til tvungen undersøkelse, tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Det er som hovedregel kun politiet som har anledning til å utøve fysisk makt mot pasienter utenfor psykiatrisk enhet godkjent for tvang (Helsedirektoratet, 2023a).

Det er helsetjenesten som vurderer nødvendigheten av bistand fra politiet. Helsedirektoratet (2023a) lister opp tre tilfeller hvor politiets bistand er nødvendig, hvorav to av disse er relevante for denne undersøkelsen. 1) «ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon» og 2) «når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette». Helsetjenesten oppfordres til å forsøke frivillighet så langt det lar seg gjøre, og å drøfte bistandsbehovet med politiet. Politiet kan ikke avvise anmodninger om bistand, men de står fritt til å vurdere hvordan oppdraget skal løses og å prioritere det opp mot eventuelle andre arbeidsoppgaver eller oppdrag (Helsedirektoratet, 2023a).

**Gjennomføring av transport med politiet.** I forbindelse med følge av pasient til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal politiet kun benyttes i tilfeller hvor pasienten fysisk motsetter seg transport og/eller hvor helsepersonell har vurdert at risikoen for utagering under transport er høy (Helsedirektoratet, 2023a). Transporten skal som hovedregel gjennomføres i transportmidler tilhørende helsetjenesten. Om pasienten er utagerende, eller kan være til fare for seg selv eller andre, er det opp til politiet å vurdere hvilket transportmiddel som skal benyttes (Helsedirektoratet, 2023a). Det skal som regel være ambulanspersonell eller eget følgepersonell fra helseforetaket eller kommunen med under transport. Når politiet anmodes om bistand for transport av pasienter i psykisk helsevern, skal kostnader politiet har i forbindelse med oppdraget dekkes av pasientreiser ved det aktuelle helseforetaket (Helsedirektoratet, 2023a).

**Samarbeid mellom helsetjenesten og politiet.** Gjennom årene har det vært flere saker i media om uenigheter mellom helsetjenestene og politiet knyttet til samarbeid om tjenester til pasienter med psykiske lidelser. Dette gjelder blant annet hvordan oppdrag skal løses (Foss et al., 2021; Hjetland et al., 2021) og hvem som skal betale for det (Alfsvåg, 2023; Cederkvist, 2022, 2023). I 2012 kom Helsedirektoratet og Politidirektoratet med rundskrivet «Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid». Det ble publisert med faglig oppdatering i 2023. Rundskrivet omhandler i stor grad samarbeid mellom etatene knyttet til etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2023a). I rundskrivet er det anbefalt at politiet og helseforetaket utarbeider en samarbeidsavtale for å ivareta samhandlingen rund psykiatriske pasienter.

### ***Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral***

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er sentral i koordineringen av helseoppdrag. Ut fra hver enkelt situasjon avgjør AMK hvilke ressurser som skal benytte for å

løse et oppdrag. Blant annet vurderes det hvilken form for ambulanseressurs som skal benyttes. Transportmidler som er tilgjengelige er bil, båt, fly eller helikopter. Vanligvis vurderer de også om det er nødvendig å koble på politiet eller brann- og redningstjeneste for å løse oppdraget (Nylenna & Ludvigsen, 2024). I forbindelse med tvangsinnleggelse til psykisk helsevern er dette litt annerledes. Når pasienten er vurdert å ha behov for innleggelse under tvangsparagraf, kontakter lege i kommunen AMK slik at de kan koordinere transport. I disse tilfellene er det den lokale legen, og ikke AMK, som avgjør om det er nødvendig med bistand fra politiet. AMK vurderer hastegraden av oppdraget (Nylenna & Ludvigsen, 2024).

## **Metode**

### **Programevaluering**

Programevaluering er en metode for innsamling og tolkning av informasjon som kan si noe om et programs fungering (Rossi et al., 2004). Et program kan blant annet være et helsetjenestetilbud rettet mot en bestemt pasientgruppe. Innad i metoden programevaluering, er det flere fremgangsmåter og motiver for evalueringen (Tornes, 2012). I denne undersøkelsen er formålet at evalueringen kan virke «formativt». Ved formativ evaluering undersøkes fungeringen av en pågående tjeneste, hva som er tilfredsstillende og hva som kan bli bedre, og bruker vurderingen av dette som grunnlag for videre utvikling av tjenesten (Chen, 2015). Modeller for programevaluering (Sverdrup, 2014) gir oversikt over innholdet i programmer, som beskrivelse av pasientbehov, organisasjonsform, personale, økonomi, prosedyrer, rapportering eller brukertilfredshet. Innholdslisten gir rammen for diskusjonen av funnene.

Informasjon om følgetjenesten ved tvangsinnleggelser i den aktuelle distriktsregionen ble innhentet fra skriftlige kilder og ved intervjuer med nøkkelpersoner i tjenesten.

### **Innsamling av data**

### *Nettsøk*

Det ble gjort søk om tjenesten i offentlige arkiver hos de aktuelle kommunene, helseforetak og regionalt helseforetak.

### *Direkte kontakt*

Gjennom e-poster til regionalt helseforetak, helseforetaket, interkommunal legevakt og lokalt politiet ble det spurt om statistikk knyttet til tvangsinnleggelser og følgetjenesten. Det ble også etterspurt lovpålagte samarbeids- og tjenesteavtaler i signert utgave.

### *Intervjuer*

**Valg av intervjuobjekter.** Utvalget av respondenter var strategisk. De ble valgt fordi de gjennom sin stilling ble antatt å ha særlig kunnskap om tjenesten som skulle undersøkes. Med bakgrunn i kunnskapen om tjenesteorganiseringen i regionen, ble det besluttet at fem personer skulle intervjues: leder for interkommunal legevakt, en kommuneoverlege i distriktsregionen, politistasjonssjefen i distriktsregionen, leder for lokal AMK og et pasient- og brukerombud fra regionen. Intervjuobjektene ble kontaktet per e-post med forespørsel om å delta. I e-posten var det vedlagt informasjonsskriv om prosjektet, og skjema for samtykke til å delta og at intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

Leder for interkommunal legevakt bekreftet at hen ville delta i intervjuet. Det lyktes deretter ikke å få kontakt, så det ble ikke gjennomført intervju med vedkommende. Kommuneoverlegen som ble intervjuet er også fastlege, medisinskfaglig rådgiver og journalansvarlig ved den interkommunale legevakten. Han uttalte seg derfor om håndteringen i legetjenesten på dagtid og i interkommunal legevakt på ettermiddag, kveld og natt. Han svarte ut spørsmålene som lederen for legevakten ville fått.

**Intervjuguiden.** Intervjuene var semistrukturerte. Intervjuguiden ble tilpasset hver enkelt respondent, med bakgrunn i at respondentene tilhørte hver sin etat, og at deres inngående kunnskap derfor var knyttet til tjenestene i egen etat. Intervjuguidene var godkjent av veileder, biveileder og Sikt før intervjuene ble gjennomført. Intervjuguidene er vedlagt i Appendiks A-E.

Målet med intervjuene var å få utfyllende kunnskap om den aktuelle tematikken, i tillegg til informasjonen tilgjengelig fra offentlige kilder. Intervjuene åpnet også opp for formidling av respondentenes personlige erfaringer fra tjenesteytingen, eventuelle synspunkter på den, og for deres egen refleksjon og assosiasjon.

## **Analyse**

### ***Refleksjoner rundt valg av analysemetode***

Før analysen av intervjumaterialet, ble det reflektert rundt valg av metode. I og med at informasjonen ikke er kvantifiserbar ble kvalitative metoder vurdert. Malterud (2002) beskriver kvalitative metoder som egnet tilnærming for å utforske, beskrive og analysere opplevelser, erfaringer, meninger og betydning. Med dette ønsker en få en dypere forståelse av en persons opplevelsesverden. Spørsmålene i intervjuene omhandlet først og fremst organiseringen og fungeringer av tjenesten, og ble besvart ut fra kjennskap til egen etat. Det ble ikke stilt spørsmål spesifikt om respondentenes egne personlige opplevelser og følelser rundt tematikken. Derfor ble innholdet i svarene i stor grad beskrivende og faktabaserte. De resterende svarene omhandlet respondentenes erfaringer fra utøvelse av tjenesten og refleksjoner rundt hvordan den fungerer. I og med at materialet i så stor grad er faktabasert, havner det ikke direkte under paraplyen for kvalitativ metode. Tematisk analyse har lenge vært sett på som kvalitativ metode, men sees i dag av flere som en selvstendig metode som kan anvendes uavhengig av teoretiske rammeverk (Braun & Clarke, 2006). Denne

uavhengigheten gjør tematisk analyse til en anvendelig metode, som gir rom for bruk av ulike typer informasjon og tematisering. Med bakgrunn i dette, ble tematisk analyse valgt som fremgangsmåte for å analysere intervjumaterialet.

### ***Fremgangsmåte for tematisering***

Den tematiske analysen er gjort fritt etter prinsipper fra Braun og Clark (2006). Metoden består av seks steg, som innebærer å gjøre seg kjent med intervjumaterialet og å utforme tematisering og koding ved å jobbe tett med intervjumaterialet.

1. Lydopptakene ble transkribert. Hele lydopptakene ble hørt gjennom og transkribert ord for ord.
2. Transkripsjonen fra hvert intervju ble systematisk gjennomgått. Det ble fortløpende skrevet ned punkter som var relevante for problemstillingen. Dette ble gjort for et intervju av gangen. Gjennom denne prosessen kom det frem tydelige temaer i hvert av intervjuene. I og med at spørsmålene var ulike til de ulike respondentene, var det variasjoner i hvilke temaer som kom frem. Temaene ble skrevet ned underveis.
3. Det ble skrevet sammenfatninger for hvert av intervjuene basert på temaene funnet i steget over. I denne prosessen dukket det opp nye tema, og noe innhold ble flyttet fra tema til tema.
4. Det ble laget en oversikt over temaene, og deres underpunkter, for hver etat. Det ble tydelig at flere temaer gikk igjen på tvers av intervjuene, og at det var noen individuelle temaer for hver etat. Basert på dette ble rekkefølgen av innhold i sammenfatningene flyttet på, og overskrifter ble endret for å skape mer konsistens mellom respondentene.



5. Underveis i hele prosessen ble det gått tilbake til transkripsjonen av intervjuene når det var usikkerhet rundt meningsinnholdet, eller at det var nødvendig å avklare betydningen av det som ble sagt.
6. Resultatene ble skrevet ut.

På grunn av at intervjuobjektene var fra ulike etater og intervjuene ble gjennomført med ulike intervjuguider, ble intervjuene sett på som egne enheter hvor tematisk analyse ble gjort separat for hvert av intervjuene. Sitater fra intervjuene er i liten grad tatt med fordi at resultatene mye består av identifiserbare faktaopplysninger om organisasjonene, prosessene i organisasjonen og respondentenes egne erfaringer og refleksjoner fra sin etat.

### **Personvern**

Intervjuene etterspurte ikke personspeifikke helseopplysninger. Undersøkelsen faller derfor ikke inn under bestemmelsene i helseforskningsloven § 2 (2008), og det kreves ikke forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskning (REK).

All skriftlig kontakt med intervjuobjektene har vært per e-post i UiBs systemer. Intervjuene ble gjennomført over Teams via lenke opprettet i UiBs system. Lydopptak av intervjuene ble gjort med enkel, analog lydopptaker. Etter hvert intervju ble opptakene lastet opp i UiBs SAFE-server (Sikker adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur) og slettet fra lydopptakeren. Opplysninger om intervjudeltakerne og de berørte organisasjonene er behandlet konfidensielt og i samsvar med UiBs personvernsregelverk (Universitetet i Bergen, 2020). Informantene er innforstått med at de gjennom gjengivelsen av intervjuene vil kunne identifisere hverandre.

Meldeskjema til Sikt - kunnskapssektorens tjenesteleverandør ble sendt inn 5.februar 2024 og ble godkjent 21.februar 2024. Sikt anbefalte at intervjudeltakerne skulle minnes på

taushetsplikten sin før intervjuene startet. Gjennom innmelding til Sikt ble prosjektet også registret i UiBs eget system for behandling av personopplysninger, RETTE.

### **Refleksivitet**

Refleksivitet i forskning handler om at forskeren anerkjenner sin egen rolle i forskningen, derav også hvordan forskningen påvirkes av forskerens egne erfaringer, antakelser og overbevisning. Refleksivitet innebærer at forskeren kritisk reflekterer rundt dette og hvordan det kan påvirke prosessen (The University of Melbourne, u.å.). Jeg vil her gjøre rede for forhold i min bakgrunn som jeg har vært bevisst på kunne påvirke meg gjennom prosessen.

Jeg kommer selv fra Distrikts-Norge. Gjennom seks år på profesjonsstudiet har jeg opplevd at det glemmes at det er varierende grad av tilgang til tjenester i psykisk helsevern i landet, særlig døgnplasser. I samtale med både helsepersonell og politibetjenter i egen omgangskrets har det ved flere anledninger kommet opp at møte med alvorlig psykisk syke pasienter er noe som oppleves utfordrende. Det som gjorde at jeg til slutt bestemte meg for å se på følgetjenesten, var en samtale med en kommuneoverlege som jeg kjenner privat. Kommuneoverlegen fortalte at i de verste tilfellene kan det gå 72 timer fra en psykiatrisk pasient kom til legevakten til vedkommende fikk transport til innleggelse, og at det er betydelig lengre enn for somatiske pasienter. Jeg opplevde det som urettferdig for pasientgruppen, men også som en utfordring på system-nivå. Dette gjorde meg nysgjerrig på hvordan tjenesten er organisert og hva som fører til disse forskjellene. Gjennom hele prosessen har jeg vært opptatt av, og interessert i, hvordan tjenesten er oppbygget og hvordan den fungerer. I diskusjonen har jeg, der det er relevant, gitt forslag som jeg mener kan bidra til videreutvikling og styrking av tjenesten.

Chen (2015) skriver at all evaluering skjer innenfor en eller annen form for politisk prosess. Dette var ikke i tankene da ideen om undersøkelsen ble til, men det er en kjensgjerning at gjennom det siste året har det gradvis vokst frem store offentlige diskusjoner rundt strukturen i den norske helsetjenesten. Det er derfor nærliggende, og rett og rimelig, å sette spørsmålstegn ved om resultater og diskusjon farges av mine personlige meninger i denne debatten. Vi er gjennom studiet lært opp til å være bevisst våre egne blindsoner. Jeg har derfor gjennom hele prosessen vært påpasselig med å gjengi informasjonen så korrekt som mulig, uten påvirkning av mine personlige synspunkter. All informasjon som kom frem i intervjuene, er gjengitt i oppgavens resultatdel uten at noe er utelatt.

## **Resultater**

I det følgende er det redegjort for funnene fra undersøkelsene. Intervjumaterialet er sammenfattet for hver respondent. Temaene hentet ut fra intervjuene vises som underoverskrifter.

### **Opplysninger fra søk og direkte kontakt**

#### ***Samarbeidsavtaler***

Etter Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) ble det opprettet helsefellesskap som består av representanter fra kommunene og helseforetak. Helsefellesskapet skal arbeide med planlegging og utvikling av helsetjenesten i sin region. Ifølge helsefellesskapet (2023) i den aktuelle distriktsregionen ble det inngått lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetaket i 2012, og at disse ble revidert i 2017. Det ble gjort søk etter avtalene på kommunenes og helseforetakets nettsider, uten å finne dem.

På helseforetakets nettsted ligger det usignert overordnet samarbeidsavtale 2020, samt andre tjenesteavtaler. Det ligger ikke ute dokumentasjon hos helseforetaket eller hos kommunene på at avtalene er signerte. Det ble derfor sendt e-post til det aktuelle helseforetaket med forespørsel om å få de signerte avtalene tilsendt. Helseforetaket svarte at alle avtalene ligger på nett, og det ble linket til den allerede undersøkte nettsiden.

I 2023 ble det i samarbeid mellom helsefellesskapet og helseforetaket utarbeidet nytt utkast til samarbeids- og tjenesteavtaler. Utkastet ble sendt ut til kommunene. I brev til kommunene (Helsefellesskapet, 2023) skrives det at hver enkelt kommune må inngå samarbeidsavtale med helseforetaket. Målet var at kommunene og helseforetaket skulle ha behandlet og vedtatt utkastet i løpet av første kvartal av 2024. Per 8.mai 2024 er det kun usignert samarbeidsavtale 2020 som ligger på helseforetakets nettside. Det har ikke lyktes å finne de nye utkastene til overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler, signerte eller usignerte, på nettsidene til noen av de aktuelle kommunene eller hos helseforetaket.

### ***Statistikk***

**Generell statistikk om pasientgruppen.** Generell statistikk knyttet til tvangsinnleggelser i regionen ble funnet hos Helsedirektoratet. Dette er statistikk knyttet til pasientgruppen i hele det aktuelle helseforetaket. Dette fungerer som en pekepinn, med kjennskap til at det vil være variasjoner mellom kommunene.

I perioden 2013 til 2022 ble det hvert år gjort mellom 200 og 300 innleggelser i døgnenhet under tvang (Helsedirektoratet, 2023b). Av alle pasientene i regionen under tvunget psykisk helsevern i perioden 2018 til 2022, var mellom 40-50% innlagt med døgnopphold (Helsedirektoratet, 2024e). Av alle tvangsinnlagte pasienter i perioden 2015 til 2022, ble det for mellom 60-80% etablert tvungent psykisk helsevern. De resterende 20-40% var innlagt til tvungen observasjon (Helsedirektoratet, 2024d). Av alle innleggelsene til

psykisk helsevern i 2020 i aldergruppen 18 til 80+, var totalt 66,6 per 1000 innbygger kodet som øyeblikkelig hjelp (Helsedirektoratet, 2024b).

Helsedirektoratets (2024a) nasjonale statistikk over diagnoser på legevakt viser at 0,29 tilfeller av all kontakt skyldtes schizofreni, affektiv lidelse eller psykose. De regionale tallene ligger nært opp til dette.

**Statistikk om følgetjenesten.** Det ble ikke funnet tall for antall pasienter vurdert i behov for tvungen innleggelse fra de aktuelle kommunene, transittiden (tiden fra begjæring om tvangsinnleggelse til transportstart), antall transporter med ambulansefly, antall anmodninger om bistand til politiet, etc. Det ble sendt e-post til leder for interkommunal legevakt, helseforetaket og regionalt helseforetak med forespørsmål om denne informasjonen. Kommuneoverlegen fortalte at denne informasjonen er loggført og systematisert ved interkommunal legevakt, men leder for interkommunal legevakt har ikke svart på henvendelser. Regionalt helseforetak viste til at statistikken som var innrapportert fra helseforetaket ikke var systematisert i den grad at de kunne si noe spesifikt om tjenesten i distriktsregionen. Avdelingsleder ved akuttpsykiatrisk avdeling ved den sentrale DPS-en, svarte at noe av denne informasjonen lå offentlig tilgjengelig, og at noe ikke kunne gis fordi at det ville kreve manuell opptelling og vurdering av taushetsplikt. Politiet besvarte ikke henvendelsen hvor statistikk knyttet til følgetjenesten ble etterspurt.

## **Funn fra intervjuene**

### ***Leder for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral***

Temaene funnet i dette intervjuet er «Proessen ved innleggelse», «Transittiden», «Gjennomføring av transport», «Følgepersonell», «Flytransport», «Samarbeid med politiet» og «Risikovurdering».

**Proessen ved innleggelse.** Leder for AMK beskrev prosessen fra de mottar informasjon om innleggelse til transport er gjennomført.

Når en pasient skal legges inn fra kommunen til helseforetaket, er det spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for transport og følge. AMK koordinerer dette. De koordinerer alle former for ambulansetransport: bil, båt eller fly. Andre former for transport, som rutefly eller taxi, bestilles av pasientreiser, som da også står for ledsagerordningen.

Rekvirerende lege legger inn bestilling av transport hos AMK. Det er rekvirerende lege som gjør vurdering av risiko og hastegrad. Når AMK har fått informasjonen de trenger fra rekvirent, starter de koordinering av oppdraget. I tilfellene hvor det er behov for transport med ambulansefly, kontakter lokal AMK regional AMK. Det er regional AMK som koordinerer luftressursene i det regionale helseforetaket. Fra dette overtar regional AMK koordineringen av fly og tidspunkt. Lokal AMK melder dette tilbake til rekvirent. Leder for AMK fortalte at det foreligger en etablert prosedyre for kontakt med regional AMK. Selv om luftressursene koordineres ved regional AMK, er det alltid lokal AMK som eier pasienten og som er hovedansvarlig.

Rekvirerende lege avgjør om politiet skal anmodes om bistand. Rekvirenten er da ansvarlig for å sende bistandsanmodningen til politiet. Når politiet er anmodet om bistand, tar AMK kontakt med politiet uten opphold. Fra dette er det AMK som fasiliteter for resten. AMK tar kommunikasjonen opp mot politiet, men kan koble inn konferansesamtaler hvis det er behov for å ha legen med i dialog. Det er AMK som sitter på informasjon om når transport kan skje og hvilket transportmiddel som er tilgjengelig. Det er også de som koordinerer følgepersonell.

AMK bruker norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Denne har et eget kapittel om å bestille oppdrag. Indeksen er uavhengig av om det er psykiatrisk eller somatisk problematikk. I tillegg har de prosedyrer og tilstandskort brukes i vurdering av transport.

**Transittiden.** Leder for AMK fortalte at det ofte er uklart hvem som har ansvaret for pasienten i transittiden. Det har over lengre tid vært uenighet mellom kommunene og helseforetaket om ansvaret. AMK har flere ganger kontaktet Helsedirektoratet med spørsmål om dette, uten å ha fått noe klart svar.

**Gjennomføring av transport.** Det finnes ikke noen nasjonal veileder for planlegging og organisering av transport av psykiatriske pasienter som skal til tvungen innleggelse. For noen år siden var det tilsyn med luftambulansetjenesten i det regionale helseforetaket, hvor det ble sett på om pasienter i regionen fikk forsvarlig helsehjelp. Tilsynet avdekket at psykiatriske pasienter ofte venter lengre på transport enn somatiske pasienter.

Etter dette ble det gjennomført et prosjekt i det regionale helseforetaket, hvor målet var å lage en prosedyre for transport av psykiatriske pasienter, primært for flytransport. En slik prosedyre var på intervjuetidspunktet ikke publisert. Det er ikke hensiktsmessig å gjennomføre transport i ambulansebil i distriktsregionen. Det vil være tidkrevende, kreve mye ressurser, og det vil ikke være bra for pasienten. Derfor benyttes flytransport i stor grad.

**Følgepersonell.** For noen år siden ble det gjennomført et prosjekt hvor målet var å sørge for at helsetjenesten hadde en egen pool av følgepersonell som kunne bistå ved psykiatritransport. I forbindelse med dette ble det laget en opplæringspakke. Personell ble i hovedsak rekruttert fra ambulansetjenesten og psykiatriske sykehus. Det var ønskelig at personellet skulle ha erfaring med pasientgruppen, både helsepersonell og assistenter ble rekruttert. De ansatte som fikk opplæring, er fortsatt i poolen til AMK. De er ansatt i nullprosentstillinger. Når det er behov for følgepersonell, sender AMK ut en melding, hvorpå

hver enkelt står fritt til å melde seg eller ikke til oppdraget. Det er på frivillig basis. De som melder seg, avlønnes etter egen avtale med AMK. Kostnadene for følgetjenesten er tillagt AMK, som årlig får midler fra det regionale helseforetaket øremerket for følgepersonell til psykiatritransporten. Følgepersonellet har fått gode tilbakemeldinger.

**Flytransport.** Transport med fly ble beskrevet som de mest utfordrende transportoppdragene. Politiet brukes i mye større grad enn kvalifisert følgepersonell til disse oppdragene, til tross for at det tar lengre tid å få tak i politifølge enn kvalifisert følgepersonell. Lederen for AMK reflekterte rundt om det kunne vært brukt mer kvalifiserte følgepersonell om en hadde en standardisert prosedyre for voldsrisikovurdering i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Oppdrag med denne pasientgruppen ble beskrevet som krevende. Oppdragene tar mye tid å koordinere, og operatørene på AMK opplever at det er mye frem og tilbake mellom aktørene. Et eksempel på utfordringer som oppstår, er at AMK bruker mye kapasitet på å organisere flytransport og følgepersonell, så dukker det opp et oppdrag som vurderes som mer akutt, og hele prosessen må starte på nytt. Et annet eksempel er at værforhold gjør at flyene ikke kan gå som planlagt.

Samarbeidet med pilotene i luftambulansen kan oppleves utfordrende for AMK. Deres oppfatning er at pilotene tenker at det skal være følge av politiet ved transport av pasienter under tvang. Det jobbes med å endre tankegangen, blant annet gjennom et prosjekt med bred involvering fra AMK, pilotene, ambulansesykepleiere og andre. I prosjektet var det enighet om at alle vil føle seg tryggere med disse oppdragene om de vet at det ligger en konkret vurdering av risiko til grunn. Det jobbes fortsatt med dette, men til syvende og sist er det piloten som har siste ordet i om flytransport gjennomføres.



**Samarbeid med politiet.** Historisk sett har det vært utfordringer i samkjøringen mellom lokal AMK, politiet og regional AMK. Dette har mye bunnet i at politiet ikke har kunnet si når de har tilgjengelig følgepersonell før AMK gir et tidspunkt for når flyet er tilgjengelig, samtidig som at flyansvarlig ikke har villet starte prosessen før de vet at politiet har følgepersonell klart. AMK opplever at samarbeidet knyttet til dette har blitt bedre etter at de standardiserte lokale prosedyrene for flytransport ble innført. Et moment som trekkes frem som årsak til bedre samarbeid, er at AMK opplever at det er større forståelse mellom etatene, blant annet knyttet til ressurser.

AMK opplever utfordringer i samarbeidet når politiets operative personell mener at de ikke er den riktige ressursen for løsning av oppdraget. Lederen for AMK sa at politiet føler seg litt misbrukt av helse. Det kan være stigmatiserende for pasienten å bli fulgt av uniformert politi. Samtidig opplever AMK at samarbeidet med politiet fungerer godt nå.

Hvis det er pågående situasjoner med utagering, vold, trusler eller lignende, kan innsatspersonellet snakke sammen over nødnettet i tildelte talegrupper, slik at de har lik situasjonsforståelse før og underveis i oppdraget.

**Risikovurdering.** AMK ønsker en prosedyre for risikovurdering. En ser for seg at det vil gjøre at de kan treffe bedre i valg av følgepersonell. Det skjer at helsepersonell står i oppdrag hvor de føler at politiet skulle vært med i transport. Samtidig skjer det at politiet føler at de er overflødige ved denne typen oppdrag. Lederen for AMK tror at en standardisert risikovurdering kan føre til færre misforståelser, og unødvendige diskusjoner om følgepersonell.

Lederen for AMK mener at dette arbeidet må starte hos rekvirenten. Brøset Violence Checklist (BVC) sees som den beste varianten, selv om den ikke er tilpasset det prehospitale miljøet. Det er utarbeidet et forslag til prosedyrebeskrivelse for voldsrisikovurdering som ikke

er tatt i bruk enda. Ønsket er at en slik felles prosedyre kan si noe om når kvalifisert følgepersonell skal brukes, og hvilket nivå en må over før politiet skal kobles på.

### ***Kommuneoverlegen***

Temaene identifisert i dette intervjuet er «Samarbeidsavtale», «Prosessen ved innleggelse», «Risikovurdering», «Transittid», «Samarbeid med politiet», «Samarbeid med spesialisthelsetjenesten» og «Økonomi».

**Samarbeidsavtale.** Kommuneoverlegen fortalte at han ikke kjenner til at det foreligger samarbeidsavtaler mellom kommunene i distriktsregionen og helseforetaket for ivaretagelse av denne pasientgruppen. Det har vært store diskusjoner dem imellom om transittiden. Blant annet er det diskutert når det formelle ansvaret går fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Diskusjonene har per nå ikke ført til noen skriftlig prosedyre eller samarbeidsavtale.

**Prosessen ved innleggelse.** Kommuneoverlegen fortalte at det ikke finnes noen lokal prosedyre for tvangsinnleggelse, og at det meste handler om lokal sedvane. Nye ansatte må stort sett støtte seg på å spørre en kollega om rutinen. Det er derfor variasjon i hvordan disse sakene blir behandlet. Lokalt henvises anslagsvis 90% av pasienter til tvungen innleggelse under § 3-2 tvungen observasjon (Psykisk helsevernloven, 1999).

Når tvungen innleggelse er besluttet, brukes de kommunale KAD-sengene som transittid i påvente av transport til innleggelse.

Kommuneoverlegen anslo at 20% av innleggelsene skjer på dagtid og 80% i legevakt på ettermiddag, kveld og natt. På grunn av at det er liten kapasitet i kommunehelsetjenesten, blir politiet ofte anmodet om bistand.

Prosessen kort oppsummert.

1. Fastlege eller legevaktslege beslutter tvangsinnleggelse.
2. Legen må sørge for transitt på KAD. På dagtid innebære dette å snakke med personell på KAD og på legevakten, samt å organisere transport til transitt. KAD ligger vegg i vegg med legevakten. I legevaktens åpningstider følges pasienten fra legevakten til sengeplass på KAD.
3. Legen er ansvarlig for å anmode politiet om bistand til følgetjeneste, og fastvakt ved behov. Kommuneoverlegen vet at det er en følgetjeneste tilknyttet AMK, men at han har fått nei til svar de få gangene han har spurt om de kan brukes ved tvangsinnleggelser. Derfor ender det stort sett med at politiet anmodes om bistand.
4. Legen snakker med AMK, som koordinerer ambulansetransport.
5. Legen melder pasient til døgnenheten godkjent for tvang.

**Risikovurdering.** Kommuneoverlegen forteller at det på nåværende tidspunkt ikke er noen prosedyre for voldsrisikovurdering, verken for fastleger eller ved interkommunal legevakt, og at det derfor varierer hvordan dette gjøres. Kommuneoverlegen hadde, kort tid før intervjuet ble gjennomført, internundervisning hvor kollegiet ble informert om at det finnes metoder for å kvantifisere risiko for vold og han oppfordret til å bruke BVC. Kommunene ønsker å bruke BVC mer, men opplever at det er vanskelig, fordi at de fleste innleggelsene gjøres av lege i legevakt, som ikke kjenner pasienten fra før.

Kommuneoverlegen mener at det er lettere for en fastlege å gjøre voldsrisikovurdering, fordi at vedkommende kjenner pasienten, og at disse vurderingene vil være mer reelle og treffsikre enn de som gjøres i legevakt.

Samtalene legene på legevakten har med denne pasientgruppen skjer gjerne mens symptomtrykket er høyt, og det kan være vanskelig å føre samtale med pasienten. Dessuten har legen gjerne hastverk. Som følge av at vurderingsgrunnlaget ikke er godt nok, er legenes

uttalelser til AMK ofte vage. Dette er det tryggeste for legen å gjøre, og kanskje overdrives risikoen litt, for sikkerhetsskyld. Ved flytransport bes ofte rekvirerende lege om å gi oppdatert vurdering til AMK underveis i koordineringsprosessen.

**Transittid.** I 2024 har interkommunal legevakt/KAD hatt transittid på opptil to døgn, i noen tilfeller tre døgn. Kommuneoverlegen beskrev transittiden som komplisert, og at det oppstår ubehagelige situasjoner på grunn av lang transitt. Eksempler på dette er at pasienter er urolige, selvskadning, knusing av legevaktsmateriale, og annen utagering.

Kommunene har forsøkt å få hastegraden hos AMK økt for pasienter som henvises til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Kommuneoverlegen sa at helseforetaket gikk med på dette, men at det per nå stopper opp ved prioriteringen hos regional AMK i forbindelse med planlegging av transport med luftambulansse.

Hvordan pasienter ivaretas i transittiden varierer. Det er ofte situasjonsbetinget. Det er lav bemanning på den interkommunale legevakten/KAD, så bruk av overtid er ikke mulig. Legevakten/KAD har forsøkt dialog med hjemmetjenesten om samarbeid, men hjemmetjenesten ønsker ikke å hjelpe og viser til at de ikke har kompetanse på tvang. Det forekommer at sykepleiere i legevakt/KAD må gripe inn utøve makt i påvente av at politiet skal komme. Spesialisthelsetjenesten lokalt er ikke villige til å delta i behandling av pasienter som blir værende på KAD over lengre tid. Sykehuset lokalt vil heller ikke gi rom til pasienter i transitt, så det er kommunen alene som ivaretar pasientene frem til transport.

Gjennom tiden i transitt kan pasientens symptombilde fluktuere. Kommuneoverlegen forteller at pasienter i transitt i teorien ikke er en KAD-pasient, og at legen derfor ikke har formelt ansvar for pasienten. Det oppstår et ansvarsvakuum når innleggende lege går hjem. Kommuneoverlegen har forståelse for at neste lege ikke har lyst til å gå inn i saken. Hvem

som da har det medisinske ansvaret i transittiden, er uklart. Kommuneoverlegen sa at det er et spørsmål han ikke vet svaret på selv.

Mange av disse problemene hadde ikke oppstått hvis transittiden var på tre timer, slik det er krav om ved oppdrag med den avtalte hastegraden. AMK ville ikke latt andre alvorlig syke pasienter hatt like lang liggetid hos kommunene som psykiatriske pasienter. Eksempelvis ville ikke en pasient med hjerteinfarkt ligget i over to døgn på KAD.

**Samarbeid med politiet.** Anmodning om bistand fra politiet må gjøres skriftlig. Legevakten opplever innimellom at politiet ikke vil komme på grunn av småfeil i utfyllingen av skjemaet for anmodning, og at de ikke kommer før de mottar korrekt utfylt skjema. Dette tar mye tid for innleggende lege.

Da politiet har lav bemanning og lange avstander å dekke, tar det ofte lang tid før patruljen er på plass på legevakten eller KAD. Kommuneoverlegen poengterte at politiet etter loven skal stille når de blir anmodet om bistand, men at det for legevakten/KAD kan oppleves som en dragkamp, hvor de opplever at holdningen hos politiet er «må vi det?».

Som nevnt, kan pasientens tilstand og atferd fluktuere. På legevakten/KAD ønsker politiet å dra når pasienten har vært rolig en stund, fordi de ikke har kapasitet til å bli sittende. Samtidig skjer det at pasienter blir økende urolige og utagerende kort tid etter at politiet har dratt. Legevakten/KAD opplever at politiet er mer motvillige til å komme tilbake hvis de først har dratt. Politiet oppleves likevel mer imøtekommende og løsningsorienterte i dag enn for fem-seks år siden.

**Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.** Kommuneoverlegen mener at spesialisthelsetjenesten i stor grad skor seg på legevakten «bare sørger for». Alle psykiatritilbud i distriktsregionen er fraværende utenfor normal arbeidstid, altså fra klokken 15.30 på ettermiddagen til klokken 8.00 neste morgen, samt i helger og ferier. Alt ansvar for pasienten ligger da hos kommunene.

Kommuneoverlegen synes at FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) i distriktsregionen fungerer godt. Han forteller at legevakten kunne ønsket at pasientene har mer utfyllende kriseplaner som kan følge dem i systemet. Legevakten/KAD kunne da bedre ivareta pasienten når FACT-teamet ikke er tilgjengelig. Ideelt sett, ønsker kommunen at den lokale spesialisthelsetjenesten kunne bistått i ivaretakelsen av pasienter i transittiden, slik at ikke alt henger på legevaktstjenesten og KAD; som også må håndtere all annen øyeblikkelig hjelp. Kommuneoverlegen har forståelse for at systemet er som det er, og poengterte at det kanskje fungerer fint når det er kort avstand fra legevakt til akuttpsykiatrisk avdeling.

Kommuneoverlegen beskrev transittiden som en verkebyll på grunn av utfordringene med transport og samarbeid, samtidig som det er svært ugunstig for pasientene.

**Økonomi.** Klinikerne tenker ikke over det økonomiske perspektivet. Deres mål er å finne den beste mulige løsningen for pasienten.

### ***Politistasjonssjefen***

Temaene i intervjuet er «Ressursbruken i transittiden», «Gjennomføringen av transport», «Utøvelse av makt» og «Betjentenes opplevelse av oppdragene».

**Ressursbruken i transittiden.** Når legen har besluttet at en pasient skal legges inn på tvang, kan hen ringe til politiets operasjonssentral med ønske om vakhold på sykehuset. Legen må deretter skrive og oversende en bistandsanmodning til politiets operasjonssentral. Når dette er gjort, sender operasjonssentralen ut en såkalt CIM (en fellesmelding) til alle betjenter i distriktsregionen hvor det spørres om noen vil melde seg til å gjøre oppdraget på overtid. Politiet har aktiv operativ tjeneste gjennom hele døgnet. På kveld og natt deler to regioner på en patrulje. Denne ene patruljen dekker et stort areal hvor kjøreavstanden ofte er lang og hvor patruljen i ytterste konsekvens kan ha over to timers kjøretid til legevakten/KAD. I helgene er det operativt personell på jobb hele døgnet i begge regionene.

Politistasjonssjefen fortalte at i ukene før intervjuet ble gjennomført, hadde de hatt mange vakter hvor de satt på legevakt/KAD. Politiet kan ikke velge bort psykiatri. Derfor utfordres deres kapasitet både operativt og til etterforskning.

Når anmodning om bistand på legevakt/KAD kommer inn, sender politiet patruljen som er på jobb. Deretter forsøker de å kalle inn personell på overtid for å ta over. Det er ikke alltid de får tak i noen. Når de får tak i noen, og disse blir sittende lenge på overtid, kan det skape videre problemer, fordi at de da ikke kan jobbe til sin faste vakt på grunn av bestemmelser om hviletid. Bruk av overtid får på den måten konsekvenser for den normale driften.

Politistasjonssjefen ga eksempel på at de har hatt psykiatrioppdrag hvor seks til åtte betjenter samtidig har vært opptatt over lengre tid. Dette tærer på når det ikke er så mange ansatte i regionen. Ofte går disse oppdragene ut på å fremstille pasienter for lege, og deretter å bli igjen for vakthold. Politiet er nesten aldri uenige med legen i at pasient må legges inn, men de er frustrerte over at de bruker mye tid på disse oppdragene, og at det går ut over deres andre arbeidsoppgaver.

Det er frustrerende for politiet at de bruker mye ressurser mens pasienter er i transitt og i transport, for at pasienter deretter ofte skrives ut av sykehuset etter kort tid. Stasjonssjefen reflekterte rundt om dette kan skyldes kapasitetsproblemer og at sykehuset kun kan prioritere de aller sykeste. Han omtalte dette som en ond sirkel som går ut over pasienten og kapasiteten i politiet og den kommunale helsetjenesten.

Samtidig som politiet er pålagt å bistå helsevesenet, må de opprettholde beredskap. Disse to oppgavene kan komme i konflikt med hverandre der det er små forhold og få ressurser. Det forekommer at politiet må forlate pasienten på legevakt/KAD for å dra til andre oppdrag, som eksempelvis pågående vold eller trafikkulykke. Politistasjonssjefen har stor

forståelse for at dette gir legevakt/KAD utfordringer. I noen tilfeller må pasienten bare få dra fra legevakten, så må politiet heller hente dem inn etterpå. Politiet etterstreber å være sivilt kledd og å kjøre sivil bil når de bistår helsevesenet i transittiden. Hvis det bare er én patrulje på vakt, blir de værende uniformert til de eventuelt avløses av noen i sivilt. Til disse oppdragene har politiet med seg lettvest og belterigg, med blant annet håndjern og pepperspray. De har aldri med seg våpen.

Politistasjonssjefen reflekterte rundt om politiet har vært for snille med helsetjenesten, særlig med tanke på fastvakt og vakthold. Politiets oppgave er å være på siden av og å være tilgjengelig når det er behov for å utøve fysisk makt, men de ender ofte opp som fastvakt uten helsepersonell til stede. De sitter ofte lenge med pasientene.

**Gjennomføringen av transport.** Politistasjonssjefen opplever sjeldent at det oppstår store uenigheter mellom politiet og helsepersonell om hvordan transportoppdrag skal løses. Rollene er ganske klare. Alt handler om god kommunikasjon underveis. Politiets fokus er pasientens beste. De ønsker at det skal være minst mulig belastende for pasienten.

Politistasjonssjefen kjenner til at det ble utdannet følgespersonell ved helseforetaket, men at vet ikke hvor det ble av tjenesten. Det burde være mulig for helsetjenesten å gjennomføre transport uten at politiet skal være involverte. Pilotene i ambulansflyene krever ofte at politiet er med. Der kan være derfor politiet ikke hører noe om følgespersonell. Stasjonssjefen mente å huske at denne fordelingen var bedre før.

Det er ikke ønskelig å gjennomføre transport i bil, men det benyttes i tilfeller hvor været tilsier at en ikke kan fly, og det er prekært å følge pasient til innleggelse. Ved transport i ambulansbil skal helsepersonell i hovedsak være alene med pasienten, mens politiet kjører bak i egen bil. I tilfeller hvor pasienten er utagerende skjer det at politi må følge i ambulansen



sammen med helsepersonell. Som hovedregel skal ikke pasienter fraktes i politibil, men det skjer.

Pilotene bestemmer om det skal være politi med ved flytransport. Dette er krevende for politiet, da alvorlig somatikk alltid prioriteres foran psykiatri av regional AMK. Dette gjør oppdragene uoversiktlige for politiet, og det gjør planlegging av andre oppgaver vanskelig. Stasjonssjefen fortalte at de jobber med å skape forståelse hos de andre aktørene for at politiet må opprettholde beredskapen, selv om de også har psykiatrioppdrag. Politiet opplever at de blir avfeid på dette med beskjed om at de må vente på tur i transportkøen.

Det skjer at lokalt politi følger pasienter i ambulansefly, men det er sjeldnere enn før. Ved behov for politifølges sendes det ut en CIM til alle politibetjenter i regionen hvor ambulanseflyet er stasjonert, som etterspør om noen kan ta oppdraget på overtid. Som regel melder det seg noen, som da blir med på transporten tur/retur.

Det er helsetjenesten som betaler politiets kostnader i forbindelse med transport av pasienter. Stasjonssjefen fortalte at det er et ønske fra helsetjenesten om at politiet skal dekke kostnadene til disse oppdragene selv, på lik linje med at de dekker kostnadene når de bistår barnevernet. Dette vil være et stort problem, da politiet ikke har økonomi til å dekke det.

**Utøvelse av makt.** Politiet har forståelse for at det kan se brutalt ut i tilfeller hvor de må bruke makt. Politistasjonssjefen fortalte at de opplever at helsepersonell er flinke og at de prøver alle midler de har. De anmoder kun om bistand i tilfeller hvor det må brukes makt for å få kontroll på situasjonen. Han tror ikke at det har vært særlige uenigheter mellom helsepersonell og politiet med tanke på hvor mye fysisk makt som er nødvendig. Politiet er opptatte av å være tydelig til pasienter på at de er politi. Pasienter roer seg ofte når politiet kommer, og situasjonen løses gjerne uten maktbruk. Men selvfølgelig er det slik at politiet innimellom må gripe inn fysisk.

I tilfeller hvor det har blitt voldsomt tas det gjerne en prat mellom politiet og helsepersonell etterpå slik at alle forstår hvorfor de gjorde som de gjorde.

**Betjentenes opplevelse av oppdragene.** Det er til stor frustrasjon for betjentene som står i psykiatrioppdrag at de aldri vet når oppdraget er over, særlig for de som sitter på overtid og som fastvakt. Politiets operative personell opplever at behovet for å ivareta beredskapen ikke blir tatt på alvor av de andre aktørene.

Politiet har ikke hatt hendelser med alvorlige skader på deres personell, men de opplever ofte å bli spyttet på, sparket eller slått etter. Av og til har pasientene farlige gjenstander med seg, eksempelvis barberblader. Selv om pasienten er rolig, må betjentene alltid være på vakt, fordi at de har erfaring med at pasienter plutselig blir urolige og utagerende uten at de nødvendigvis skjønner hvorfor. Betjentene opplever også å bli kalt alt mulig forskjellig. Selv om dette ikke er hyggelig for betjentene, sa stasjonssjefen at de må ta det på kontoen for at de møter veldig syke mennesker, som i mange tilfeller ikke mener å gjøre som de gjør i perioder med høyt symptomtrykk.

Det operative personellet opplever disse oppdragene som krevende, og mange liker dem ikke. Det er krevende både fysisk og psykisk. Pasientene kan være veldig syke, og betjentene føler på at det ikke burde være politiet som ivaretar dem. De føler at det er uverdigg for pasientene at politiet kommer inn uniformert og med pepperspray og håndjern, og av og til må gå inn med fysisk makt.

### ***Pasient- og brukerombudet***

Temaene i intervjuet er «Erfaringer med følgetjenesten», «Reisevei og transportmiddel» og «Transittiden».

**Erfarings med følgetjenesten.** Pasient- og brukerombudet fortalte at få pasienter tar kontakt med dem knyttet til tvungent psykisk helsevern. Dette skyldes sannsynligvis at pasienter underlagt tvang har mulighet til å klage til sykehusenes kontrollkommisjon, og at det i stor grad er den de forholder seg til. Pasient- og brukerombudet poengterte at deres svar derfor i stor grad bygger på enkelthistorier.

**Reisevei og transportmidler.** De lange reiseveiene i regionen medfører vurderinger av valg av transportmidler. Valget vil avhenge av både tilgjengelige transportmidler, personell, værforhold og fremkommelighet. Pasient- og brukerombudet understrekte at flytransport er det raskeste alternativet, og at det kan oppleves som mer verdig for pasienten, da transporten går raskt og pasienten skjermes fra andre.

Ombudet fortalte at de har hatt kontakt med pasienter som ble fraktet med bil og ferge, senest siste året. I tilfellet som ble beskrevet, var pasienten i følge med politi. Da det ikke er lov å oppholde seg på bildekket under overfarten, var pasienten nødt til å oppholde seg i innvendig salong sammen med politi og helsepersonell. Pasienten ble da ikke skjermet fra resten av passasjerene. Dette kan være både stigmatiserende og uverdigg for en alvorlig syk pasient, uavhengig av om det er psykisk eller somatisk sykdom.

**Transittiden.** Pasient- og brukerombudet ga eksempler på at transittiden har tatt fra noen timer til flere døgn. Ombudet beskrev at de opplever transitt nesten bare som oppbevaring for å sikre pasientens, og andres, liv og helse. Kommunene har gjennomgående ikke lokaler og bemanning som er tilpasset å ivareta denne pasientgruppen i transittiden. I transittiden gis det begrenset behandling, og det tar lang tid før pasienten møter personell med spesifikk psykiatrisk kompetanse. Et eksempel på dette er at pasienter vurdert i behov for tvungen innleggelse har fått tilbud om å vente på transport til innleggelse alene i eget hjem på grunn av manglende ressurser i kommunen. I et av tilfellene var pasienten hjemme alene i to

døgn i påvente av transport. I dette tilfellet skyldtes den lange ventetiden en kombinasjon av at det var vanskelig å ordne transport og følge, samt at det var dårlig vær. Pasienten spurte derfor om det var berettiget med innleggelse under tvang, når helsetjenesten tok så lett på det at ventetiden kunne tilbringes hjemme uten noen form for oppfølging.

## **Diskusjon**

### **Transittiden**

#### *Ansvar i transittiden*

Kommunene og helseforetaket har over lengre tid vært uenige om hvem som har det medisinskfaglige ansvaret for pasientene fra de er vurdert i behov av tvungen innleggelse til de blir hentet av ambulanse for transport.

Ifølge Helsedirektoratet (2018a), er det virksomheten den som yter helse- og omsorgshjelp er ansatt i som har det medisinskfaglige ansvaret. Dette vil si at om det er kommunen som yter helse- og omsorgshjelp på legevakt/KAD i transittiden, er det kommunen som har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten. Ansvaret går over til helseforetaket når pasienten er overtatt av ambulanspersonell. Samtidig stadfester Helsedirektoratet (2016) at kommunen ikke kan pålegges å utvikle et eget tilbud for øyeblikkelig hjelp med døgnopphold for denne pasientgruppen, og at KAD ikke skal brukes for psykiatriske pasienter hvor spesialisthelsetjenestens plikt til øyeblikkelig hjelp er utløst.

Dette er to føringer som ikke er helt forenelige med hverandre. På grunn av dette, anbefaler Helsedirektoratet (2016) kommunene og helseforetakene å utarbeide samarbeidsavtaler som avklarer ansvarsforhold i tilfeller hvor pasientene vurderes som for syke for å være innlagt på KAD. Ut fra intervjudeltakernes beskrivelser, er samarbeids- og tjenesteavtalene som foreligger overordnede og mangler nødvendige avklaringer. All den tid

Helsedirektoratet ikke legger tydelige føringer for tjenesten, burde helseforetaket og kommunene utarbeide en avtale hvor ansvarsforhold avklares. Uklarhet og uenighet går til syvende og sist ut over pasienten. En avklaring vil være til det beste for ivaretagelse av pasienten.

### ***Lang transittid***

Transittid i kommunene har vært oppe i to døgn, noen ganger tre. Hvordan pasienten ivaretas varierer og er ofte situasjonsbetinget. Lang tid i transitt medfører lengre tid før pasienten får nødvendig helsehjelp.

Lang tid fra transport med ambulansefly bestilles til pasienten transporteres til døgnenhet har vært et tema for diskusjon mellom kommunene og helseforetaket (Helsetilsynet, 2021). Blant annet er det problematisert at transport av somatiske pasienter prioriteres foran transport av psykiatriske pasienter.

Helsedirektoratet (2024c) bemerket at rett til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet, også innebærer tidspunktet for tjenesten. Med den lange transittiden ved tvangsinnleggelse, og at andre pasientgrupper prioriteres foran, kan en stille spørsmål ved om alle har lik tilgang til helsetjenester. En kan også spørre seg om pasienter får forsvarlig helsehjelp ved lang transittid.

### ***Bemanning og personell***

Pasienter med behov for tvungen innleggelse, er ofte preget av høyt symptomtrykk i møte med fastlege og legevakt. Likevel må pasienter være alene på eget rom uten oppsyn som, følge av lav bemanning på legevakten/KAD. Sykepleier må påkalles når det er ønske om kontakt. I tilfeller med utagering eller fare for pasienten er det behov for fastvakt. Kommunen har ikke ressurser til dette, og politiet anmodes ofte om bistand. Lokalt politi har mange

vakter hvor politibetjenter sitter fastvakt på legevakten/KAD. Dette går ut over deres andre oppgaver. For politiet er det ekstra vanskelig at overvekten av innleggelser skjer på kveld og natt, hvor de har lavest bemanning.

Helsepersonell skal som hovedregel være til stede når politiet yter bistand (Helsedirektoratet, 2023a). Likevel opplever politiet lokalt at de, i flertallet av tilfellene, sitt fastvakt uten helsepersonell til stede. Politistasjonssjefen beskrev dette som frustrerende. Legevakten på sin side, opplevde det av og til som en dragkamp med politiet for å få ønsket bistand.

En utfordring med bruken av politiet i legevakt/KAD, er ivaretagelse av pasientene. En pasient som er vurdert som så lidende at vedkommende må legges inn til øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten under tvang er i behov for helsehjelp. Politiets oppgave i slike oppdrag er å ivareta sikkerheten, ikke å være fastvakt med eneansvar for pasienten. Uten helsepersonell til stede, får pasienten strengt tatt ikke helsehjelp. Politiets operative personell føler at det ikke burde være politiet som ivaretar pasientene. Den høye bruken av politi kan oppleves både uverdigg og stigmatiserende, uavhengig av hvor anonyme politiet er i situasjonen.

Det er en utfordring for kommunene å få tak i, og å beholde, helsepersonell (NOU 2023: 4). Det er et uttalt mål i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)) at bemanningen i helsesektoren skal opp, og at en skal utrede muligheten for å omstrukturere tjenesten for å gjøre den mer effektiv. Dette er et arbeid som krever innsats på flere nivåer over flere år, og som per nå ikke er til stor hjelp for kommunene, hvor strikken allerede er tøyd til det ytterste.

### ***Bruk av fysisk makt i transittiden***

Lang tid fra politiet anmodes om bistand til de kommer, gjør at helsepersonell i mange tilfeller står alene i ubehagelige situasjoner. Noen ganger ender det med at helsepersonell er nødt til å bruke fysisk makt for å ivareta både pasientens og egen sikkerhet.

Politistasjonssjefen opplever ikke at det er særlige uenigheter mellom politi og helsepersonell om hvor mye fysisk makt som er nødvendig for politiet å bruke, til tross for at det av og til kan se brutalt ut. Dette tyder på at politiets maktbruk oppleves nødvendig, forholdsmessig og forsvarlig, slik politiloven (1995, § 6) stadfester at den skal være.

Hvordan lav bemanning i legevakt/KAD påvirker antallet tilfeller hvor helsepersonell må utøve makt, eller at det forekommer eventuelle andre uønskede hendelser, er utenfor rammene for undersøkelsen. Men det vil være av interesse å finne ut av ved en utredning av helsepersonells rett til å utøve fysisk makt.

### ***Bistand fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i transittiden***

I distriktsregionen er det ikke personell med psykologfaglig kompetanse på jobb på ettermiddag, kveld og natt, verken i kommunen eller ved lokal DPS. Helsedirektoratet (2014) stadfester at helseforetaket skal ha akuttambulanseteam tilgjengelig, også på kvelden og i helgene. I distriktsregionen er akuttambulanseteam kun tilgjengelig mellom klokken 8 og 16 i ukedagene.

En modell som kan være til inspirasjon for å utvikle en slik tjeneste kommer fra Haugaland og Karmøy DPS. De har i over 15 år hatt psykologer i akuttambulanseteam tilgjengelig for akuttvurderinger alle dager i uken, hele året, mellom klokken 8 og 23 (Halvorsen et al., 2019). Psykologen som har vakt, er tilgjengelig på telefon, og ringes av blant annet legevakt, fastlege og nødetatene for rådgøring. Psykologene i akuttambulanseteam kan være på plass på Haugesund interkommunale legevakt i løpet av 15 minutter for akuttvurdering (Halvorsen et al., 2019).

En akuttambulansetjeneste som den ved Haugaland og Karmøy DPS, vil kunne korte ned tiden før pasienter møter, og vurderes av helsepersonell med psykologfaglig kompetanse. Som igjen kan korte ned tiden før pasienten får riktig behandling. En slik tjeneste vil kunne være et ledd i å sikre at pasientgruppen får lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet, til riktig tidspunkt og uavhengig av bosted. I tillegg vil dette kunne avlaste legevakten/KAD, og med det frigjøre ressurser til andre oppgaver. Utviklingen av en slik tjeneste fremstår som en god løsning. Det krever dog vilje og pågangsmot i helseforetaket og ved lokal DPS.

Ved Haugaland og Karmøy DPS ser de at antallet tvangsinnleggelsene i deres nedslagsområde har gått ned etter at de tok i bruk modellen med akuttambulanseteam (Halvorsen et al., 2019). Dette samsvarer med funn i studier fra andre vestlige land, som har vist at antallet tvangsinnleggelsener gikk ned med 10-20% etter innføring av akuttambulante team (Helsedirektoratet, 2014).

Haugaland DPS har sengeplasser for kriseopphold i inntil tre døgn (Helse Fonna, u.å). Pasienter i behov for innleggelse kan legges inn på frivillig basis. Psykiatrisk akuttmottak brukes kun i tilfeller hvor ingen andre løsninger er forsvarlige (Halvorsen et al., 2019). DPS-en i distriktsregionen som er undersøkt, har ingen sengeplasser, og sykehuset lokalt ønsker ikke å bruke sengeplasser til opphold for psykiatriske pasienter. Det kan tenkes at en kombinasjon av å ikke ha tilgjengelig psykologfaglig kompetanse, og å ikke ha egnede lokaler for døgnopphold, øker antallet beslutninger om tvangsinnleggelse gjort av leger i kommunen, rett og slett fordi at det ikke finnes noe annet reelt alternativ for ivaretagelse av pasienten. Kanskje kunne muligheten for tidlig utredning av psykolog, et par sengeplasser lokalt, og tettere samarbeid mellom kommunen og helseforetaket, senke antallet tvangsinnleggelsener? Og som følge av det, senke antall transporter med ambulansedy.



Det er frustrasjon lokalt over at pasienter vurdert i behov for tvangsinnleggelse, følges til døgnenhet godkjent for tvang, for så å bli skrevet ut kort tid etter. I noen tilfeller alt på samme dag. Det er da vurdert at vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern ikke er oppfylt. Lokalt spørres det om det også kan skyldes at sykehuset har for liten kapasitet, og at de derfor må gjøre tøffe prioriteringer. Det kan tenkes at et lokalt tilbud med døgnplass i noen tilfeller kunne spart kommunen, helseforetaket, AMK og politiet for dyrebar tid og ressurser, og kanskje også gitt en økonomisk innsparing. Det vil være langt mer ivaretakende og verdig for pasienten å slippe denne rundturen, og å få den hjelpen vedkommende trenger når det står på som verst, ikke et døgn etterpå. En slik løsning vil også kunne være med på å imøtekomme regjeringens uttalte mål om å gi gode helsetjenester der folk bor, også tjenester fra spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 9 (2023-2024)). Fra et psykologisk ståsted vil all reduksjon av tvang og mulig ydmykende eksponering, samt raskere tilgang til helsehjelp, kunne ha en forebyggende effekt, i det minste i form av redusert fare for forverring.

## **Transporttjenesten**

### ***Organisering av transport***

Kommuneoverlegen, politistasjonssjefen og pasient- og brukerombudet fremsto som frustrerte over organiseringen av transport. Dette bunner i at det er mye frem og tilbake i organiseringen, det er krevende å ivareta pasienter i transittiden, og at det er en stor belastning for pasienten å ikke få den spesialiserte og kvalifiserte helsehjelpen vedkommende trenger. Deres opplevelse er at regional AMK ofte prioriterer andre oppdrag over transport av psykiatriske pasienter.

Helsetilsynet (2021) konkluderte med at faktorer som det regionale helseforetaket selv har hatt kontroll over, har ført til at pasienter har fått forsinket transport til forsvarlig behandlingssted i spesialisthelsetjenesten. De påpekte at det, både i regionen og nasjonalt, var

uklarhet knyttet til ansvarsfordeling og prioritering ved transport med luftambulansse. Også her er det behov for å utarbeide avtaler som klargjør ansvarfordeling og prioritering mellom aktørene. Det kan tenkes at en avtale hvor normen avklares, kan gjøre det lettere å forholde seg til tilfellene en må avvike fra den.

**Bruk av offentlig transport.** Pasient- og brukerrettighetsloven skal blant annet sikre at pasientens liv, integritet og menneskeverd respekteres (Helsedirektoratet, 2024c). Pasient- og brukerombudet fortalte om nylige tilfeller hvor pasienter har blitt fraktet til innleggelse i bil, hvorav deler av reisen var med offentlig ferge. Pasienten og følgepersonell må oppholde seg i salongen under overfarten, enten det er sivilt følgepersonell eller politi. Det fremstår som at transport med ferge er en nødløsning når det ikke er mulig å organisere transport på andre måter. En kan spørre seg om pasientens integritet ivaretas ved denne typen transport. Som pasient- og brukerombudet sa: å må oppholde seg offentlig på denne måten kan være både stigmatiserende og uverdigg for en alvorlig syk pasient, uavhengig av om det er psykisk eller somatisk sykdom.

### *Voldsrisikovurdering*

Det foreligger ingen omforent prosedyre i kommunene og AMK for å følge Helsedirektoratets anbefaling om voldsrisikovurdering. Dette kompliserer koordinering av transport for AMK. At legene har personlig ansvar for sin vurdering, ofte gjort på mangelfullt grunnlag, gjør at de gjerne er vage i sine uttalelser til AMK. Lang transittid kompliserer vurderingen ytterligere, da pasientens tilstand kan fluktuere. En felles prosedyre kan gjøre samhandlingen enklere, prosessen kortere og dermed mer ivaretagende for pasienten. Et forslag som kan gjøre prosessen enklere i legevakt/KAD, er at ansvarlig sykepleier gis tilgang til å gjøre vurdering og videreformidling til AMK. Hvis psykologer blir trukket inn i

beslutningen om behov for innleggelse, vil også de kunne være i posisjon til å bistå med risikovurdering.

Leder for AMK og kommuneoverlegen er enige i behovet for en omforent rutine for voldsrisikovurdering. Begge nevner BVC som et mulig hjelpemiddelalternativ. I Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Nasjonalt kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, 2020) anbefales BVC som et verktøy som kan brukes, selv om den ikke er validert for bruk i det prehospitalt miljøet enda (Almvik et al., 2023). BVC kan brukes for å gi god situasjonsforståelse i øyeblikket og for å vurdere potensialet for aggressiv og voldelig atferd i kortsiktig perspektiv. Den kan derfor gi tidlig indikasjon på om bistand fra politiet er nødvendig (Nasjonalt kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, 2020). BVC kan følgelig være et godt grunnlag for utvikling av en felles prosedyre.

### ***Følgepersonell***

Leder for AMK fortalte at helseforetakets følgepersonell benyttes. Kommuneoverlegen og politistasjonssjefen kjenner til at personellet finnes, men opplever at det ikke benyttes. Ifølge regionalt helseforetak (2022), er det utfordrende å få tak i kvalifisert følgepersonell, og at det der varierer i hvor stor grad følgetjenesten brukes. Samtidig har AMK og politiet erfaring med at luftambulansen krever at politi med er i transport, som jo utelukker at kvalifisert følgepersonell kan benyttes. Ifølge regionalt helseforetak (2022), er noe av årsaken til dette er at flypersonellet ikke har nok kunnskap om hva følgepersonellet er kompetente til. Samtidig syns de ansatte i helseforetaket og kvalifisert følgepersonell at de har for lite kompetanse til å håndtere pasienter med utagerende atferd.

Dette er et signal til helseforetaket om at opplæringen må være mer utfyllende. Kanskje vil det være lettere å få tak i kvalifisert følgepersonell dersom de føler seg trygge på hvordan de skal håndtere eventuelle ubehagelige situasjoner som kan oppstå ved transport til

tvangsinnleggelse? Videre burde det legges til rette for at alle aktørene kjenner til hverandre og hvilken kompetanse hver av aktørene har, slik at tjenesteyterne kan føle seg trygge i samarbeid med hverandre.

## **Dokumentasjon**

Kommuneoverlegen fortalte at det foreligger stistikk fra interkommunal legevakt/KAD på antall vedtak om tvangsinnleggelse og andre faktorer fra transittiden. Det er uklart om de har oversikt over antall tilfeller hvor fysisk makt er brukt. Politiet har statistikk på antall oppdrag hvor de bistår legevakten/KAD og i transport. Regionalt helseforetaks informasjon om følgetjenesten er ikke systematisert, og de viste til helseforetaket. Helseforetaket ønsket ikke å oppgi tall knyttet til innleggelser og ambulansetransport fra distriktsregionen. Dette ble begrunnet med at det vil være for tidkrevende å undersøke, og at taushetsplikt måtte vurderes for hver enkelt sak.

Kommunene og politiet virker å ha god oversikt over hvor mye ressurser som brukes og hva som kreves av dem i ivaretagelsen av pasientgruppen. Informasjonen regionalt helseforetak og helseforetaket har, fremstår å være på et overordnet nivå, i den grad at de ikke kan hente ut tall for spesifikke legevaktsdistrikter. Det kan tenkes at helseforetaket har informasjonen, men at de ikke ønsker å gi den ut i forbindelse med et studentprosjekt. Samtidig kan en spørre seg om de har systematisert informasjonen hos seg selv, når de ikke kan sende den. Om de har den, tar det et par tastetrykk å oversende den.

Mangel på informasjon om pasientgruppen og ressursbruk kan føre til feilplanlegging og feilprioriteringer, og som følge av det, at pasienter ikke får den kvalifiserte helsehjelpen de har behov for. Vi står overfor endringer i strukturen i helsetjenesten i tiden som kommer (Meld. St. 9 (2023-2024)). God dokumentasjon av behov og bruk av tjenesten er viktig for at tjenesten skal organiseres og proporsjoneres for god ivaretagelse av pasientgruppen.

## **Kommunikasjon**

Det kan tidvis fremstå som at aktørene jobber ved siden av hverandre, og ikke sammen. Det fremstår i intervjuene som at alle etatene har stor forståelse for hverandres utfordringer. Samtidig er det frustrasjon knyttet til samarbeidet. Kommuneoverlegen og lederen for AMK er klar over at det ikke foreligger skriftlige samarbeidsavtaler eller prosedyrer for ivaretagelsen av psykiatriske pasienter, og at dette skaper unødvendig frustrasjon mellom partene. Det var uklart hvordan aktørene kommuniserer med hverandre om uenighetene og hullene i planverk, og hva som eventuelt gjøres for å utbedre dette. Det fremstår som at politiet kommuniserer sine utfordringer tydelig til kommunene, helseforetaket og regionalt helseforetak.

## **Svakheter ved undersøkelsen**

Rammene for undersøkelsen begrenset omfanget. Det var kun fire personer som ble intervjuet. Intervju med flere aktører kunne gitt et mer helhetlig bilde av tjenestens organisering og dens opplevde fungering. Andre aktører som kunne vært intervjuet er kvalifisert følgepersonell, pilot, sykepleier i legevakt og/eller en lokal politibetjent. Pasientens stemme ble ikke hørt i den grad som var intendert. Dettes skyldes at pasient- og brukerombudet hadde hatt få saker knyttet til tvungent psykisk helsevern i senere tid. Å intervju en erfaringskonsulent, eksempelvis fra sykehusets kontrollkommisjon, kunne gitt mer innsikt i pasientens perspektiv. Videre kjenner jeg ikke tjenesten fra innsiden, som gjør at jeg ikke har inngående kjennskap til den og med det kanskje mister viktige elementer om tjenestens fungering.

## **Konklusjon**

Lovpålagte samarbeids- og tjenesteavtaler mellom kommunene og helseforetaket er inngått. Det er uklart om ny revisjon fra 2023 er signert av kommunene i distriktsregionen.

Avtalene fremstår å være overordnede, i den grad at de ikke avklarer viktige momenter knyttet til følgetjenesten, som eksempelvis klare rammer for prioritering, ansvarsfordeling og transport.

Dette medfører at det er uenighet mellom kommunen og helseforetakene om hvem som har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten i transittiden, og det er uklart hvordan pasientgruppen prioriteres for transport til innleggelse. Transittiden kan bli unødvendig lang og uforutsigbar. I disse tilfellene er det problematisk å skaffe personale for ivaretagelse av pasientene. Det foreligger ingen formell eller overordnet avtale for samarbeid mellom politiet og helsetjenesten knyttet til ivaretagelse av personer med psykisk lidelse.

Distriktsregionen innfrir lovpålagte krav til følgetjenesten. Men, uklarheter og mangler i avtalene, og svikt i gjennomføring av tjenesten, kan innebære rettssikkerhetsproblemer, både med hensyn til sikring av likeverdige helsetjenester og vern mot skadevoldende belastning for pasienten.

Personell ved legevakt/KAD sitter alene med ansvaret for ivaretagelse av pasientene i transittiden, uten at de har kapasitet eller kompetanse til det. Politiet bruker mye tid og personell på vakthold på legevakt/KAD. Det går ut over deres andre arbeidsoppgaver, og det er frustrerende for dem å ofte blir sittende som fastvakt med pasienter uten helsepersonell til stede. Pasienten er i behov for helsehjelp, ikke å være alene med kun politi som ivaretagelse.

For operatørene ved lokal AMK er disse oppdragene krevende. Det er mye frem og tilbake mellom aktørene. De må forholde seg til at regional AMK gjør endringer i transportplaner på kort tid, samtidig som de lokalt har ansvaret for pasienten, koordinering av følgepersonell og kommunikasjon med kommunene og politiet.

Funnene gir inntrykk av at alle partene har pasientenes beste i tankene, men at tilgangen på personell, de organisatoriske rammene og økonomi gjør at aktørene må gjøre

prioriteringer i utførelsen av alle sine oppgaver. Dette gjør at pasientene ikke alltid blir ivaretatt slik som tjenesteyterne og helsemyndighetene ønsker.

Er følgetjenesten likevel tilfredsstillende i forhold til brukernes behov? Krevende geografiske forhold, værforhold, transportmuligheter, sentraliserte helsetjenester, dårlige tilpassende lokaler, personalmangel og uenigheter om ansvar og prioriteringer, medfører at gjennomføringen av følgetjenesten ofte blir krevende for pasienten. Pasienter vurdert som så alvorlig lidende at de er i behov for øyeblikkelig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten under tvang, er i behov for ivaretagelse og behandling. Følgetjenesten som helsetjeneste må innfri kravene til rettssikkerhet, noe det ovenfor er påpekt at det kan reises tvil ved. Tjenesten må som et minstekrav være gjennomført på en måte som er forebyggende, det vil her si i at den skal motvirke at pasientens vansker medfører tilleggsproblemer som forverrer tilstanden. Det er uklart i hvilken grad dette kravet er innfridd.

Hvilke tiltak kan det så være mulig å prøve for å utvikle tjenesten? Først bør det jobbes med å utarbeide konkrete og utfyllende tjenesteavtaler mellom kommunene og helseforetaket for å skape enighet om prioriteringer og ansvar. Videre kan en se på muligheter for å skape tettere kontakt og samarbeid mellom kommunene og helseforetaket lokalt, eksempelvis ved at psykologer i akuttambulanseteam blir tilgjengelige for vurdering, rådgivning og konsultasjon gjennom hele døgnet. Det er også behov for bedre rutiner for risikovurdering.

De lokale rammebetingelsene for tjenesteytingen i distriktsregionen er utfordrende. Derfor må tjenesteutformingen tilpasses vilkårene. Retningslinjer og organisering som kan være velegnet i sentrale strøk, kan være helt uegnet i en distriktsregion. Det bør derfor åpnes for kreativitet og utvikling av både nye former for tjenestetilbud og annen rolleutforming for personalet, for å ivareta pasientenes behov.

### Referanser

- Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12), 1175-1181. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/12/frivillighet-tvang-og-menneskeverd-ved-innleggelse-i-det-psykiske-helsevernet>
- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Alfsvåg, T. S. (2023, 6.mars). Politiet bisto da en utagerende pasient måtte vente på transport - sendte regningea til legevakta. *Rana Blad*. <https://www.ranablad.no/politiet-bisto-da-en-utagerende-pasient-matte-vente-pa-transport-sendte-regninga-til-legevakta-kommuneoverlege-frode-berg-uvanlig/s/5-42-1121935>
- Almvik, R., Palmstierna, T., Kjernlie, D. F., Mæhlum, P. A. & Brevig, K. A. (2023, 29.august). Feilaktig om Brøset Violence Checklist. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/feilaktig-om-broset-violence-checklist/581609>
- Bonsack, C. & Borgeat, F. (2005). Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(4), 342-347. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.03.008>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braut, G. S. & Hagen, T. P. (2023, 13.april). *fastlege*. Store medisinske leksikon. Hentet 12.mai 2024 fra <https://sml.snl.no/fastlege>
- Bystad, M., Bjørhovde, N., Larsen, Y. S., Aslaksen, P. M. & Riley, H. (2022). Døgnvariasjoner for innleggelser ved akuttpsykiatriske enheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(1), 10-14. <https://doi.org/10.52734/pf592DJ2>



- Cederkvist, V. (2022). Helsevesenet skylder politiet over én million kroner etter bistandsoppdrag - nekter å betale. *Politiforum*.  
<https://www.politiforum.no/helsevesenet-skylder-politiet-over-en-million-kroner-etter-bistandsoppdrag-nekter-a-betale/232724>
- Cederkvist, V. (2023). Helsevesenet skylder politiet millioner i ubetalte krav. *Politiforum*.  
<https://www.politiforum.no/helsevesenet-skylder-politiet-millioner-i-ubetalte-krav/244185>
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation* (2. utg.). SAGE Publication.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordningen i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>
- Foss, A. B., Trædal, T. J. & Audestad, P. (2021, 15.november). Farlige pasienter rømmer og slippes fri fordi politi og helsevesenet krangler. *Aftenposten*, s. 4-5.
- Halvorsen, P., Fraas-Johansen, A. & Sømhovd, M. J. (2019). *Forbygger tvang med psykologer i front*. Norsk Psykologforening. Hentet 20.mai 2024 fra <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/forebygger-tvang-med-psykologer-i-front>
- Helse Fonna. (u.å). *Haugaland DPS, Haugesund: Akuttambulant team (AAT)*. Hentet 20.mai 2024 fra <https://www.helse-fonna.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern/haugaland-dps-haugesund/#akutt-ambulant-team-aat>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak : nasjonal veileder*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2014). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved*

*distriktpsikiatriske sentre (DPS)* (Rapport IS-2156).

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf)

[akutteam-ved-distriktpsikiatriske-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf)

[sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20d](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf)

[istrisktpsikiatriske%20sentre.pdf/\\_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf)

[cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf)

[20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentr](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf)

[e.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf)

Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold :*

*veiledningsmateriell.* Hentet 29.januar 2024 fra

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf/_/attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf)

[dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphol](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf/_/attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf)

[d.pdf/\\_/attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf/_/attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf)

[66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf/_/attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf)

[%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf/_/attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf)

Helsedirektoratet. (2018a). Brev til helseforetaket og kommunene - avklaring om ansvar i

transittiden. Se merknad.

Helsedirektoratet. (2018b, 25.april). *Voldsrisikovurdering ved alvorlig psykisk lidelse :*

*nasjonale faglige råd.* Hentet 13.mars 2024 fra

[https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse)

[psykisk-lidelse](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse)

Helsedirektoratet. (2020, 28.februar). *Legevakt og legevaktsentral : nasjonal veileder*. Hentet 15.februar 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>

Helsedirektoratet. (2023a). *Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid* [Rundskriv].  
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-personer-med-psykisk-lidelse>

Helsedirektoratet. (2023b, 4.mai). *Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne*. Hentet 8.mai 2024 fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelse-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2024a, 8.mars). *Diagnoser på legevakt*. Hentet 8.mai 2024 fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/diagnoser-pa-legevakt>

Helsedirektoratet. (2024b, 10.april). *Døgnbehandling (PHV) - pasientenes bostedsområde*. Hentet 8.mai 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/dognbehandling-PHV-pasientenes-bostedsomrade>

Helsedirektoratet. (2024c, 3.januar). *Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer*. [Rundskriv]. Hentet 8.januar 2024 fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>

Helsedirektoratet. (2024d, 9.april). *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold*. Hentet 8.mai 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/tvungent-psykisk-helsevern-med-dognopphold>

- Helsedirektoratet. (2024e, 19.januar). *Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold*. Hentet 8.mai 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/tvungent-psykisk-helsevern-uten-dognopphold>
- Helsefellesskapet. (2023). Brev til kommunene angående samarbeidsavtale. Se merknad.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2021). Tilsyn med transporttjenesten. Se merknad.
- Hjetland, G. B., Thommessen, J. K. & Olsson, S. V. (2021, 11.november). *Sjukehusleiar ut mot politiet: Seie dei nekta å stille opp ved tvangsinnlegging*. NRK. Hentet 10.mars 2024 fra [https://www.nrk.no/norge/sjukehusleiar-ut-mot-politiet\\_-seier-dei-nekta-a-stille-opp-ved-tvangsinnlegging-1.15714675](https://www.nrk.no/norge/sjukehusleiar-ut-mot-politiet_-seier-dei-nekta-a-stille-opp-ved-tvangsinnlegging-1.15714675)
- Iler, S. O. (2011). Når pasienter truer eller angriper. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 131(9-10), 973-974. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0468>
- Johnsen, L., Øysæd, H., Børnes, K., Moe, T. J. & Haavik, J. (2007). A systematic intervention to improve patientinformation routines and satisfaction in apsychiatric emergency unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 213-218. <https://doi.org/10.1080/08039480701352579>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 122(25), 2468-2472. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

- Mantila, H. C. J., Johnson, T., Nytingnes, O. & Hammer, J. (2019). Utforsket pasienters opplevelse av tvang. *Sykepleien*, 107, Artikkel e-78900.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78900>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 23 (2022-2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin. (2020). *Norsk indeks for meidinsk nødhjelp : versjon 4.3 2020*. Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/norsk-indeks-for-medisinsk-nodhjelp/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20nødhjelp.pdf/\\_/attachment/inline/c9aa280e-3e84-4197-8743-36f5dd934b8b:149537d7bdc5b02ed8df5deb36180df55b5d4d1e/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20nødhjelp.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/norsk-indeks-for-medisinsk-nodhjelp/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20nødhjelp.pdf/_/attachment/inline/c9aa280e-3e84-4197-8743-36f5dd934b8b:149537d7bdc5b02ed8df5deb36180df55b5d4d1e/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20nødhjelp.pdf)
- Norsk forening for allmenntmedisin. (2014). *Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Den Norske Legeforening. Hentet 5.mai 2024 fra

[https://www.legeforeningen.no/contentassets/5b9220e4b9b24f6c8b34feca1a3e66cf/140507-kad-veileder\\_korr.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/5b9220e4b9b24f6c8b34feca1a3e66cf/140507-kad-veileder_korr.pdf)

NOU 2010: 3. (2010). *Drap i Norge i perioden 2004-2009*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/>

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

Nylenna, M. & Ludvigsen, F. (2024, 3.januar). *AMK-sentral*. Store medisinske leksikon.

Hentet 12.mars 2024 fra <https://sml.snl.no/AMK-sentral>

Ose, S. O., Lilleeng, S., Pettersen, I., Ruud, T. & van Weeghel, J. (2017). Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(8), 551-560.

<https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1352024>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Politi-loven. (1995). *Lov om politiet* (LOV-1995-08-04-53). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1995-08-04-53>

Psykisk helsevernforordningen. (2011). *Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.* (FOR-2011-12-16-1258). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1258>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Regionalt helseforetak. (2022). *Strategi for prehospitaltjenester*. Se merknad.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation : A systematic Approach* (7. utg.). SAGE Publications.

- Sandholm, K. (2014). *Pasienters opplevelser ved tvangsinnleggelse: En kvalitativ undersøkelse av pasienters opplevelser ved tvangsinnleggelse til tvungent psykisk helsevern* [Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus]. Open Digital Archive, ODA. <https://hdl.handle.net/10642/2226>
- Silseth, I. & Vatn, O. (2019, 4.desember). Ny rapport viser stor økning i pasientvold: - Veldig alvorlig. *Verdens Gang*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Vbr56W/ny-rapport-viser-stor-oekning-i-pasientvold-veldig-alvorlig>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Sverdrup, S. (2014). *Evaluering: tilnærminger, modeller og eksempler*. Gyldendal Akademisk.
- The University of Melbourne. (u.å.). *Reflexivity*. Hentet 30.april 2024 fra <https://medicine.unimelb.edu.au/school-structure/medical-education/research/qualitative-journey/themes/reflexivity>
- Tornes, K. (2012). *Evaluering i teori og praksis*. Akademika forlag.
- Universitetet i Bergen. (2020, 22.januar). *Retningslinje - Orverordnede rammer for behandling av personopplysninger ved Universitetet i Bergen*. Hentet 17.mai 2024 fra <https://regler.app.uib.no/regler/Del-1-Overordnede-rammer/1.5-Kvalitetssystemer/Overordnede-rammer-for-behandling-av-personopplysninger-ved-Universitetet-i-Bergen/Retningslinje-Overordnede-rammer-for-behandling-av-personopplysninger-ved-Universitetet-i-Bergen/>

Merknad: Navn på forfatter/institusjon og tittel på de aktuelle referansene er omformulert for å bevare anonymitet. Det er derfor heller ikke lagt med URL til kilden.



## Appendiks A – Intervjuguide kommuneoverlege

### Åpning

- Kort beskrivelse av oppgaven.
- Informer om veiledere.
- Beskriv formålet med intervjuet.
- Informer om at data anonymiseres og at ingen nevnes med navn.
- Minn på at intervjuet tas opp og at alle opplysninger oppbevares på sikker server hos UiB. Alle opplysninger slettes når prosjektet er ferdig.
- Jeg ønsker ikke svar som innebærer helseopplysninger om enkeltpasienter eller informasjon som kan knyttes til spesifikke personer.

### Samarbeidsavtaler

- Har dere samarbeidsavtale med politiet om transport ved tvangsinnleggelse?
- Har dere samarbeidsavtaler mellom kommunene og sykehus om oppgavefordeling?
  - o Avtaler om konsultasjon, dialog og veiledning av personell som har psykologisk-, psykiatrisk- eller rusfaglig kompetanse?

### Rutiner

- Når en fastlege/legevaktslege/kommuneoverlege har besluttet at en pasient skal legges inn på tvang - hvordan ser prosessen ut derfra til pasient er innlagt?
- Har kommunen en rutine for fastleger/legevaktslege/kommuneoverlege for organisering av transport til døgnenhet for pasienter på tvang?
  - o Kan du beskrive denne rutinen?
    - Er rutinen nedfelt skriftlig?
      - I så fall: Kan jeg få tilgang til denne?
  - o Er denne rutinen kjent for alle?

- Følges rutinene av alle?
- Hvordan ivaretas pasienten i tiden fra det er besluttet tvangsinnleggelse til hen følges til sykehus?
  - *Om det ikke foreligger noen rutine:*
    - *Hvordan håndteres tvangsinnleggelser på dagtid? Og på kveld/natt/helg?*
    - *Hvordan ivaretas pasienten i påvente av innleggelse*

### **Transport og følge**

- Hvordan planlegges transport og følge?
  - Hvem har ansvaret for organisering?
  - Hvem avgjør hvem som skal følge?
- Hvordan ivaretas pasienten mens vedkommende venter på innleggelse?
  - Hvem har ansvaret for pasienten i ventetiden?
  - Hvor er pasienten?
  - Hvilken oppfølging får pasienten i påvente av å komme til innleggelse?
  - Hvor lang tid tar det fra pasienten kommer i kontakt med helsevesenet til de kommer til innleggelse?
- Hvem avgjør hvordan transport skal gjennomføres?
- Hvem organiserer transport?
  - Hvem beslutter hvem som skal følge pasienten? Konfereres det med noen?
    - Hvilke ressurser for å følge pasienter er tilgjengelige?
      - Helsepersonell?
        - Hvilket helsepersonell?
          - Hvilken kompetanse har helsepersonellet?

- Kreves det noe spesiell kompetanse for helsepersonell som skal delta i følgetjenesten?
- Gis det noen opplæring til disse?
- Kan de lovverket, og vet hva de kan og ikke kan gjøre?
  - Pårørende
  - Politi.
- Følges pasient alltid av helsepersonell?
- Skjer det at pasienten reiser uten følge?
- Når helsepersonell følger, hvordan håndteres dette? Overtid? Noen blir borte fra arbeidsplassen?
- Hvilke transportmidler er tilgjengelige?
- Hvilke vurderinger gjøres med tanke på valg av transportmidler?
  - Hvilke faktorer spiller inn i valget?
- Hvem betaler for transporten og følgetjenesten?
  - Når helsepersonell følger?
  - Når politi følger sammen med helsepersonell?

### ***Gjennomføring med politiet***

- Hvem vurderer om politiet skal anmodes om bistand?
  - Hva ligger bak denne vurderingen?
  - Er det en rutine for når politiet anmodes?
    - Spesifikke tegn, symptomtrykk, suicid- og/eller voldsriskovurdering?
      - Usikkerhet om hva som kan skje?
      - Helsepersonell føler seg utrygg på egen kompetanse/handlerom?

- Anmodes politiet for følgepersonellet sin sikkerhet, eller for pasientens?
  - Hven organiserer/koordinerer det?
- Opplever dere at dere og politiet er samkjørte før og under transport?
- Opplever dere at det er god forståelse for arbeidsfordelingen med politiet under gjennomføring av transport?
- Skjer det at politiet og helse er uenige om hvorvidt det er behov for politi for gjennomføring av oppdraget?
  - Kan du fortelle litt om hvordan dette håndteres?
  - Har du eksempler på dette?

### **Monitorering**

- Hvordan monitoreres følgetjenesten?
- Samles det informasjon for internkontroll?
- Finnes det noen form for avviksregistrering?
  - Utøvelse av vold av pasient
  - Utøvelse av makt fra helsepersonell
  - Skade på personale
  - Brudd på tidsfrister
  - Ventetid før innleggelse
- Rapporteres det om tjenestens fungering til myndighetene?

### **Avsluttende spørsmål**

- Er det nok personell til gjennomføring av tjenesten?
- Er det økonomi til gjennomføring?
  - Har det vært endringer i tjenesten på grunn av økonomiske ressurser?
- Klarer tjenesten å følge opp pasienten som intendert?

### **Avslutning**

- Har du noe du vil avklare eller legge til?
- Har du noe du noen kommentar til intervjuet?
- Har du spørsmål til meg om intervjuet, oppgaven eller noe annet?

Takk for at du stilte til intervju.

## **Appendiks B – Intervjuguide leder for interkommunal legevakt**

### **Åpning**

- Kort beskrivelse av oppgaven.
- Informer om veiledere.
- Beskriv formålet med intervjuet.
- Informer om at data anonymiseres og at ingen nevnes med navn.
- Informer om at intervjuet tas opp og at alle opplysninger oppbevares på sikker server hos UiB. Alle opplysninger slettes når prosjektet er ferdig.
- Jeg ønsker ikke svar som innebærer helseopplysninger om enkeltpasienter eller informasjon som kan knyttes til spesifikke personer.

### **Gjennomføring av transport**

#### ***Rutine***

- Finnes det en fast rutine for organisering av transport til døgnettenhet for pasienter på tvang?
  - o Kan du beskrive rutinen?
    - Om den finnes skriftlig – Kan jeg få tilgang til denne?
  - o Er denne rutinen kjent for alle?
  - o Følges rutinen?

#### ***Ansvar***

- Hvem har ansvaret for transport når vedtak om tvangsinnleggelse hos dere er gjort?
- Hvem avgjør hvordan transport skal gjennomføres?
- Hvem organiserer transport?
- Hvem beslutter hvem som skal følge pasienten?
  - o Konfereres det med noen?

***Vurdering av transport***

- Hvilke vurderinger gjøres med tanke på valg av transportmidler?
  - o Hvilke faktorer spiller inn?

***Ressurser***

- Hvilke ressurser for å følge pasienter er tilgjengelige?
  - o Følges pasienten alltid av noen? Hvem?
    - Må det alltid være helsepersonell med i følget?
  - o Skjer det at pasienter reiser alene?
- Opplever dere at dere har ressursene dere trenger for å ha gode følgetjenester?
- Er de økonomiske rammene tilstrekkelige for gjennomføring av tjenesten?
  - o Har det vært endringer i tjenesten på grunn av økonomiske ressurser?
  - o Hvem betaler for følgetjenesten?
- Skjer det at transport/følge blir påvirket av mangel på ressurser?
  - o Uten å gi identifiserbar pasientinformasjon, kan du gi noen eksempler på tilfeller hvor dette har skjedd?

***Gjennomføring med helsepersonell***

- Hvordan håndteres dette? Blir noen borte fra arbeidsplassen?
  - o Personell på overtid?
- Hvilket helsepersonell følger?
  - Hvilken kompetanse har helsepersonellet?
  - Kreves det noen spesiell kompetanse for helsepersonell som skal delta i følgetjenesten?
  - Gis det noen opplæring til disse?
  - Kan de lovverket og vet hva de kan og ikke kan gjøre?
- Oppstår det situasjoner under transport som gjør at helsepersonell må gripe inn fysisk?

- Uten å gi identifiserbar pasientinformasjon, kan du gi noen eksempler på dette?

### ***Gjennomføring med politiet***

- Hvem vurderer om politiet skal anmodes om bistand?
  - Hva ligger i denne vurderingen?
  - Er det en rutine for når politiet anmodes?
    - Spesifikke tegn som for eksempel typer symptomer, suicidfare eller voldsrisikovurdering:
      - Anmodes politiet for følgepersonellet sin sikkerhet, eller for pasientens?
- Hven organiserer/koordinerer samarbeidet med løsningen av oppdraget?
- Skjer det at politiet og helse er uenige i om det er behov for politi for gjennomføring av oppdraget?
  - Kan du fortelle litt om hvordan dette håndteres?
  - Har du eksempel på dette?
- Opplever helse at de og politiet er samkjørte før og under transport?
- Opplever helse at det er god forståelse for arbeidsfordelingen med politiet under gjennomføring av transport?

### ***Om aktuelt – Gjennomføring med sivilt følge***

- Hvilke vurderinger gjøres før en lander på at det vil være best med sivilt følge? Enten av ledsagertjenester eller pårørende.

### ***Ivaretagelse av pasienten i ventetiden***

- Hvordan ivaretas pasienten mens hen venter på følge til innleggelse?
  - Hvem har ansvaret for pasienten?
  - Hvor er pasienten?
  - Hvilken oppfølging får pasienten i påvente av følge?



- Hvor lang tid tar det fra pasienten kommer i kontakt med legevakten til de kommer til innleggelsen?
- Hvordan vurderes bruken av de kommunale døgnplassene for øyeblikkelig hjelp i denne sammenhengen?

### **Annet**

- Skjer det at tilgjengelig tjeneste for transport påvirker vurderingen av tvangsinnleggelse?
- Kan du fortelle litt om hvordan vurdering av tvangsinnleggelse påvirkes av tilgang på transport og følgetjeneste? Eksempelvis vær, tilgang på personell, tilgang på transportmidler.
  - Uten å gi pasientidentifiserbar informasjon, har du eksempler på at dette?
- Hva gjøres når eksempelvis dårlig vær eller mangel på personell hindrer transport?
  - Hvor er pasienten i mellomtiden?
  - Hvordan ivaretas pasients behov for helsehjelp i mellomtiden?
  - Uten å gi identifiserbar pasientinformasjon, kan du gi noen eksempler på hvordan dette har vært løst?

### **Monitorering**

- Hvordan monitoreres følgetjenesten?
- Samles det informasjon for internkontroll?
- Finnes det noen form for avviksregistrering?
  - Eksempelvis for:
    - Bruk av makt fra helsepersonell eller nødverge
    - Utøvelse av vold av pasient
    - Skade på personale
    - Ventetid før innleggelse

### **Avslutning**

- Har du noe du vil avklare eller legge til?
- Har du noe du noen kommentar til intervjuet?
- Har du spørsmål til meg om intervjuet, oppgaven eller noe annet?

Takk for at du stilte til intervju.

## Appendiks C – Intervjuguide leder for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

### Åpning

- Kort beskrivelse av oppgaven.
- Informer om veiledere.
- Beskriv formålet med intervjuet.
- Informer om at data anonymiseres og at ingen nevnes med navn.
- Informer om at intervjuet tas opp og at alle opplysninger oppbevares på sikker server hos UiB. Alle opplysninger slettes når prosjektet er ferdig.
- Jeg ønsker ikke svar som innebærer helseopplysninger om enkeltpasienter eller informasjon som kan knyttes til spesifikke personer.

### Transporttjenesten

- Hvem har ansvaret for transport når vedtak om tvangsinnleggelse er gjort?
- Finnes interne retningslinjer på AMK for hvordan transport av psykiatriske pasienter som skal legges inn på tvang skal organiseres og gjennomføres?
- Hvilke transportmidler er tilgjengelige når en psykiatrisk pasient skal transporteres til døgnopphold?
  - Ambulanse
  - Politibil?
  - Rutefly, med og uten følge?
  - Drosje, med og uten følge
  - Båt, med og uten følge?
  - Buss?
  - Luftambulanse
    - Fly

- Helikopter
- Kan du si litt om hvilke vurderinger dere gjør når avgjørelse om transportmiddel skal tas?
  - Hvilke kriterier ligger bak valg av transportmiddel?
- Hvem avgjør hvordan transporten skal gjennomføres?
  - Tar AMK del i vurdering av hvilket følgepersonell som skal være med pasienten?
- Hvem organiserer transporten?
- Finnes det en fast rutine for organisering av transport til døgnenhet for pasienter på tvang?
  - Kan du beskrive rutinen?
    - Om den finnes skriftlig – Kan jeg få tilgang til denne?
  - Er denne rutinen kjent for alle?
  - Følges rutinen?
- Hvem betaler for transport og følgetjenesten?
  - Når helsepersonell følger?
  - Når politiet følger sammen med helsepersonell?
  - Når politiet følger alene?
  - Om pasienten reiser alene?
  - Om pasienten reiser med pårørende?
- Hvem er de involverte aktørene i organiseringen og gjennomføringen av transporten?
  - Legevakt/kommunelege, sykehus, AMK, politi, andre aktører for transport?
- Hvordan foregår kommunikasjon mellom de involverte aktørene i organiseringen og gjennomføringen av transporten?
- Hvordan opplever dere at denne kommunikasjonen fungerer?

- Hva fungerer bra med dette?
- Skjer det misforståelser som påvirker hvordan oppdrager løses?
  - o Har du eksempler på slike hendelser?
- Når legevakt/kommunelege, AMK og politiet er involverte i oppdraget, hvordan gjøres dialog og vurderingen slik at alle er oppdaterte og får kommet med sine vurderinger?
- Opplever dere at dette er en god løsning? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hva oppleves for dere på AMK som utfordrende med disse oppdragene?
- Etter deres erfaring, hvordan fungerer følgetjenesten?
  - o Hva fungerer bra?
  - o Hva fungerer dårlig?

### **Monitorering av tjenesten**

- Hva logger dere fra hvert oppdrag?
- Har dere noen form for avviksregistrering?
- Har dere noen definisjon på hva som skal ses som avvik?

### **Avslutning**

- Har du noe du vil avklare eller legge til?
- Har du noe du noen kommentar til intervjuet?
- Har du spørsmål til meg om intervjuet, oppgaven eller noe annet?

Takk for at du stilte til intervju.

## Appendiks D – Intervjuguide politistasjonssjef

### Åpning

- Kort beskrivelse av oppgaven.
- Informer om veiledere.
- Beskriv formålet med intervjuet.
- Informer om at data anonymiseres og at ingen nevnes med navn.
- Informer om at intervjuet tas opp og at alle opplysninger oppbevares på sikker server hos UiB. Alle opplysninger slettes når prosjektet er ferdig.
- Jeg ønsker ikke svar som innebærer helseopplysninger om enkeltpasienter eller informasjon som kan knyttes til spesifikke personer.

### Gjennomføring av transportoppdrag

- Når politi anmodes om bistand, hvordan foregår dialog mellom legevakt/legekontor, AMK og politiet?
  - o Hvordan opplever dere denne dialogen?
- Opplever politiet at dere får tilstrekkelig informasjon fra helsevesenet før transportoppdrag for å kunne løse deres del av oppdraget?
- Hvilke vurderinger gjør politiet før starten av et transportoppdrag?
  - o Gjør dere noen spesielle forberedelser?
- Opplever politiet at helse og politi er samkjørte før og under transport?
  - o Opplever politiet at kommunikasjonen er god?
- Oppstår det uenighet mellom helsepersonell og politi om fordeling av oppgaver underveis i oppdraget?
  - o Har du noen eksempler på dette?

- Skjer det at det oppstår uenighet mellom helsepersonell og politi om bruk av makt underveis i oppdraget?
  - Har du noen eksempler på dette?
- Hvilke vurderinger gjør politiet underveis i oppdraget?
  - Kan du si noe om hva politiet er observante på under løsning av oppdraget?
  - Kan du si noe om hva som gjør at politiet eventuelt griper inn med makt?
    - Uten å oppgi pasientidentifiserbar informasjon, har du noen eksempler på når politiet har måttet bruke makt?
- Forekommer det at politiet følger pasienter alene?
  - Hvilke vurderinger ligger i så fall bak?
  - Kan du fortelle litt om hvilke vurderinger dere gjør før og under slike oppdrag?
- Etter deres mening, hva med denne tjenesten fungerer godt slik det er nå?
- Forekommer det at politiet er uenig med helse i om det er behov for politi for gjennomføring av transport?
  - Kan du si litt om hvordan dette håndteres?

### **Bekledning/Utstyr**

- Løser politiet denne typen oppdrag sivilt kledd eller i uniform?
- Hvilket utstyr tas med ved denne typen oppdrag?
- Der det er relevant, velger dere sivil eller uniformert tjenestebil?
- Forekommer det at politiet er synlig bevæpnet når denne pasientgruppen følges?

### **Ressurser**

- Opplever dere at dere har de ressursene som er nødvendige for å yte denne tjenesten?
- Har dere nok personell til gjennomføring av tjenesten?
  - Bruk av overtid.

- Opplever dere at de økonomiske rammene er tilstrekkelige?
- Skjer det at transport/følge påvirkes av mangel på ressurser?
  - o Uten å gi identifiserbar pasientinformasjon, kan du gi noen eksempler på tilfeller hvor det har skjedd?

### **Loggføring av transportoppdrag**

- Hva logger dere fra hvert oppdrag?
  - o Om det er utøvet makt?
  - o Hvilke maktmidler som brukes?
  - o Skade på personell under oppdrag?
- Fører dere avvik for uønskede hendelser under oppdrag?
  - o Hva anser dere som uønskede hendelser?

### **Avslutning**

- Har du noe du vil avklare eller legge til?
- Har du noe du noen kommentar til intervjuet?
- Har du spørsmål til meg om intervjuet, oppgaven eller noe annet?

Takk for at du stilte til intervju.



## Appendiks E – Intervjuguide pasient- og brukerombudet

### Åpning

- Kort beskrivelse av oppgaven.
- Informere om veiledere.
- Beskriv formålet med intervjuet.
- Informer om at data anonymiseres og at ingen nevnes med navn.
- Informer om at intervjuet tas opp og at alle opplysninger oppbevares på sikker server hos UiB. Alle opplysninger slettes når prosjektet er ferdig.
- Jeg ønsker ikke svar som innebærer helseopplysninger om enkeltpasienter eller informasjon som kan knyttes til spesifikke personer.

### Intervju

- Hvor mange saker får dere inn i året knyttet til tvunget psykisk helsevern?
- Hvilke typer saker kommer inn til dere om tvunget psykisk helsevern?
- Har dere fått inn klager knyttet til følgetjenestene til tvunget psykisk helsevern?
  - o Vet du hvor mange slike saker har dere i året?
  - o Har dere ført statistikk på dette?
- Uten å gi identifiserbar pasientinformasjon, kan du gi eksempler på hva saker knyttet til følgetjenestene har handlet om?
- Hvordan opplever dere pasientenes tilfredshet med tvunget psykisk helsevern?
- Hvordan opplever dere pasientenes tilfredshet med følgetjenestene når de skal til tvunget døgnopphold?
  - o Føler de seg hørt?
  - o Opplever de at deres verdighet ivaretas?
  - o Opplever de at de får forsvarlig helsehjelp

- Ivaretagelse i påvente av innleggelse?
- Tid fra første kontakt med helsetjeneste i kommunen til pasienten kommer til døgnet.
- Har pasient- og brukerombudet innspill til hvordan følgetjenesten fungerer nå?
  - Hva fungerer bra?
  - Hva fungerer dårlig?
- Har dere forslag til endring? Forbedring?

### **Avslutning**

- Har du noe du vil avklare eller legge til?
- Har du noe du noen kommentar til intervjuet?
- Har du spørsmål til meg om intervjuet, oppgaven eller noe annet?

Takk for at du stilte til intervju.